

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE DIREITO DE LISBOA



**O ORDENAMENTO JURÍDICO PORTUGUÊS DO INTERNAMENTO
COMPULSIVO POR ANOMALIA PSÍQUICA E A SUA EXTENSÃO (OU NÃO)
ÀS DOENÇAS CONTAGIOSAS**

EUNICE PEDRO

MESTRADO PROFISSIONALIZANTE
CIÊNCIAS JURÍDICO-FORENSES

LISBOA

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE DIREITO DE LISBOA



**O ORDENAMENTO JURÍDICO PORTUGUÊS DO INTERNAMENTO
COMPULSIVO POR ANOMALIA PSÍQUICA E A SUA EXTENSÃO (OU NÃO)
ÀS DOENÇAS CONTAGIOSAS**

EUNICE PEDRO

Dissertação orientada pela
Professora Doutora Teresa
Maria Quintela de Brito
Prazeres da Silva

**MESTRADO PROFISSIONALIZANTE
CIÊNCIAS JURÍDICO-FORENSES**

LISBOA

2017

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE DIREITO DE LISBOA**

AGRADECIMENTO

Aos meus Pais, Avós e Padrinhos por me terem educado por forma a tornar-me na
Mulher que hoje sou.

Aos amigos de infância Ana Sofia e Ricardo; aos amigos de adolescência Manuel e
Mafalda; à minha grande amiga e colega de faculdade Patrícia, ao colega e amigo
Salvador, aos amigos e companheiros de treino Sandra, Rute, João, Marco, por estarem
presentes na minha vida, sempre com uma palavra de apoio, compreensão, incentivo,
carinho, mimo e amizade.

Por último, e não por ser o menos importante, ao meu Coach Ricardo, que ao longo da
elaboração da presente dissertação foi o suporte e apoio diário, um porto seguro não só
na vida atlética, como na vida pessoal, profissional e académica.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ac.	Acórdão
ac. s STJ	Acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça
ac. s TRL	Acórdãos do Tribunal da Relação de Lisboa
ac. s TRP	Acórdãos do Tribunal da Relação de Porto
ac. s TRE	Acórdãos do Tribunal da Relação de Évora
ac. s TRG	Acórdãos do Tribunal da Relação de Guimarães
al.	Alínea
art.	Artigo
apud	Por meio de – ou – através de
BFD	Boletim da Faculdade de Direito
BMJ	Boletim do Ministério da Justiça
CCIV	Código Civil
CE	Conselho da Europa
CEDH	Convenção Europeia dos Direitos do Homem
CEJ	Centro de Estudos Judiciários
Cf.	Conforme
CNSM	Conselho Nacional de Saúde Mental
CJ	Coletânea de Jurisprudência
Colab.	Colaboração
Consult.	Consultado
CDM	Código Deontológico dos Médicos
CP	Código Penal
CPP	Código de Processo Penal
CRP	Constituição da República Portuguesa
Ed.	Edição
et al	et alii (e outros)

ex vi	(por força de)
EOM	Estatuto da Ordem dos Médicos
i. e.	Isto é
LBS	Lei de Bases da Saúde
LSM	Lei de Saúde Mental
n.	número
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	página
RMP	Revista do Ministério Público
ROA	Revista da Ordem dos Advogados
RPCC	Revista Portuguesa de Ciência Criminal
RPHJM	Revista Portuguesa de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos
T.	Tomo
TC	Tribunal Constitucional
TEDH	Tribunal Europeu dos Direitos do Homem
Vd.	Vide
v. g.	Verbi gratia (por exemplo)

RESUMO

O internamento compulsivo é definido como o internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave, ou seja, admite que o portador de anomalia psíquica possa ser internado sem o seu consentimento.

O internamento compulsivo encontra-se regulado pela Lei N.º 36/98, de 24 de julho – Lei da Saúde Mental.

Na presente dissertação propõe-se explicar o que é o internamento compulsivo, analisando o seu regime jurídico, interpretando-a e analisando-a criticamente à luz quer dos regimes anteriores, quer da forma em como tem sido analisada na doutrina e jurisprudência, e mesmo tratado noutros países.

Nessa análise, será afluída a problemática da ausência de uma definição legal de anomalia psíquica levando a mesma consideração ao livre arbítrio e entender do médico.

Mais se analisará a extensão do internamento compulsivo a doenças contagiosas e que podem pôr em causa a saúde pública.

No nosso entender as imprecisões da Lei da Saúde Mental, deixa uma grande abrangência para conceitos indeterminados, que levam a que tanto os médicos como o juiz possam aferir de pressupostos do internamento compulsivo segundo o seu livre arbítrio e a sua livre convicção.

Assim, entende-se que a Lei da Saúde Mental, deveria ser alterada e reformulada, abrangendo a definição de conceitos indeterminados, assim como um regime especial que abrangesse o internamento compulsivo em caso de recusa de tratamento por parte de doentes com doenças contagiosas, tais como a tuberculose, Gripe A, entre outras.

ABSTRACT

Compulsive internment is defined as the hospitalization can judicial decision of the patient of severe disorder anomaly, that is, admits that the person with disorder anomaly can be hospitalized without his/her consent.

Compulsive internment is regulated by Law No. 36/98, of July 24 - Mental Health Law. In the present dissertation, we propose to explain what compulsory internment consists of by analyzing its current legal status, interpreting, analyzing and critically point of view previous regimes, as well as in the way in which it was discussed in doctrine and jurisprudence, and from other Countries.

In this analysis, the problem of the absence of a legal definition of psychic anomaly will be raised, taking the same consideration to the free will and understanding of the doctor. More will be considered the extent of compulsory hospitalization for contagious diseases and that may jeopardize public health.

In our view, the inaccuracies of the Mental Health Law leave a wide scope for indeterminate concepts, which lead both physicians and the judge to gauge the assumptions of compulsory internment according to their free will and their free belief.

It is understood that the Mental Health Act should be amended and reformulated, including the definition of indeterminate concepts, as well as a special regime covering compulsory confinement in case of refusal of treatment by patients with contagious diseases, such as tuberculosis, influenza A, among others.

PALAVRAS CHAVE

Internamento compulsivo; Anomalia Psíquica; Saúde Mental; Lei da Saúde Mental;
Doenças contagiosas

KEY WORDS

Compulsive hospitalization; Psychic Anomaly; Mental health; Mental Health Law;
Contagious diseases

INTRODUÇÃO

No decorrer da presente dissertação de tese de mestrado, debruçar-me-ei sobre a problemática da Lei da Saúde Mental no Ordenamento Jurídico Português, quer na perspetiva dos portadores de anomalia psíquica e o consequente internamento compulsivo, quer na perspetiva dos portadores de doença contagiosa.

A problemática do internamento compulsivo é transversal no nosso Ordenamento jurídico, atravessando as mais diversas áreas como os Direitos Fundamentais, Lei de Bases da Saúde, a Lei de Bases de Luta contra as Doenças Contagiosas e a Lei da Saúde Mental.

Se por um lado o internamento compulsivo se encontra consagrado na Lei de Saúde Mental, especificado para os portadores de anomalia psíquica, onde se levanta logo duas questões:

- a Lei N.º 36/98 de 24 de julho de 1998 foi denominada de Lei da Saúde Mental, mas na verdade trata o regime do Internamento Compulsivo aplicado aos portadores de anomalia psíquica;

- a Lei N.º 36/98, tal como referido, consagra o regime de internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica, não definindo o conceito de anomalia psíquica em momento algum, deixando tal para as perícias médicas, ao livre arbítrio destes à revelia da Resolução do Conselho de Ministros N.º 19/2011.

Por outro lado, não consagra a Lei da Saúde Mental o internamento compulsivo para portadores de doenças contagiosas. Discutindo-se assim na doutrina e parca jurisprudência o decretamento ou não do internamento compulsivo nos casos de doença contagiosa e consequente constitucionalidade ou não.

Muito embora seja prática frequente os juízes da nossa praça recusarem o internamento compulsivo de portadores de doença contagiosa com fundamento no não cabimento legal no nosso ordenamento jurídico, não sendo inédito o caso de tuberculose em que foi decretado o internamento compulsivo.

Socorremo-nos assim de dois Acórdãos do Tribunal da Relação do Porto em que analisaram e procederam ao internamento compulsivo do portador de doença contagiosa, *in casu*, tuberculose.

Ao longo da presente dissertação, proponho-me a analisar várias questões que urge trazer à colação:

- a) Quais os fundamentos legais do internamento compulsivo?
- b) Em que se traduz anomalia psíquica grave?
- c) Será possível o internamento compulsivo nos portadores de doença contagiosa?
- d) Em que fundamento se pode restringir a liberdade de alguém portador de doença contagiosa?
- e) Poderá prevalecer o direito fundamental à liberdade sobre o direito fundamental à saúde pública?
- f) E quando estão em causa epidemias de grandes proporções? O que se faz nestes casos?
- g) Justifica-se o internamento compulsivo nos casos dos portadores de HIV?
- h) Até que ponto a sessão conjunta é prejudicial para a estabilidade de um portador de anomalia psíquica?

TÍTULO I - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL

EVOLUÇÃO DA “LOUCURA”

Desde a existência do Homem que a Loucura o acompanha, embora esta não seja pertença exclusiva da espécie, evidenciou-se com o crescente desenvolvimento cerebral e vida social, atingindo todos os segmentos da sociedade¹.

Se olharmos para os principais documentos religiosos, analisamos várias referências à loucura, veja-se:

- Recordando relatos a endemoninhados, loucos, enjeitados, insanos e doidos são transversais aos relatos da Bíblia Cristã², onde a loucura era conotada a um castigo divino, em que se afirmava que Deus castigava com a loucura, a cegueira e a paralisção do coração àqueles que violassem os seus mandamentos.
- Também na Tora, principal documento da religião judaica, a loucura aparece conotada com o castigo divino, à semelhança do descrito no Pentateuco Bíblico³.
- Já o Vedas (e os seus apêndices bramans e upanixadas) ao prescreverem o sistema de castas do hinduísmo, colocam os loucos nos patamares inacessíveis a uma boa reencarnação, perpetuando o estigma social de uma existência miserável na sociedade que veda o acesso ao conhecimento, à religião e à sociedade⁴.
- Também o Alcorão confere à loucura uma posição singular na medida que a associa à luz da verdade que, isenta da razão, não peca porque destituída de liberdade, pelo que deve ser protegida⁵.

Assim podemos analisar os primórdios da existência do Homem.

¹ HOWARD, Patricia B. – 36. Aspetos de Saúde Mental. In: STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 1ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999. p. 758-774.

² ALVES, Herculano (ofmcap) et col. – Nova BIBLIA dos Capuchinhos – Para o Terceiro Milénio da Encarnação. Fátima: Difusora Bíblica, 1985.

³ SARMENTO, Luís Filipe – Tora. Mem-Martins: Sporpress, 2003.

⁴ HATTSTEIN, Markus - Religiões do Mundo. Colónia: Könnemann VerlagsgesellschaftmbH, 2000.

⁵ CORDEIRO, J. Dias – A Saúde Mental e a Vida: Pessoas e Populações em Risco Psiquiátrico. 3ª ed. Lisboa: Edições Salamandra, 1994.

Hipócrates (460 a 377 a.C.) terá sido o primeiro a estabelecer uma base orgânica para as doenças do espírito, afastando-se da crença no sobrenatural, tendo sido seguido por Galeno (131 a 200 d.C.) que defendia o cérebro como o centro das funções cognitivas e sensitivas, atribuindo os transtornos psíquicos a causas orgânicas, pelo que os melhores tratamentos seriam as dietas alimentares, a fisioterapia, as atividades lúdicas e o repouso.

A Idade Média (500 a 1500 d.C.) foi uma época de retrocesso e obscurantismo, dominada pelos movimentos religiosos, que colocaria a loucura na linha das manifestações sobrenaturais, sendo o conceito de doença mental substituído por possessão demoníaca, que face à inexistência de tratamento era erradicada através da tortura e emulação, sendo estas pessoas conotadas com a bruxaria e outras práticas perversas. Por outro lado, os doentes mentais graves eram deixados no mar à deriva em busca da racionalidade perdida⁶.

Se na tradição judaica, a loucura era uma doença e não uma possessão, já o Cristianismo, através das ordens religiosas, forneceu tratamento aos doentes mentais que, fruto da anarquia, das cismas, dos infortúnios, do aumento do tratamento desumano, conferindo à doença o equivalente à possessão demoníaca, eram por isso condenados à tortura, à imolação, ao sofrimento, à clausura e à morte em consequência da heresia e da possessão demoníaca⁷.

Simultaneamente aos fenómenos epidémicos de repressão e obscurantismo que ocorriam na Europa medieval, na cultura árabe estes doentes eram assistidos com respeito e humanidade, em instituições dedicadas a este fim⁸.

No mundo árabe, Maomé profetizava que a loucura era uma forma de expressão divina da verdade, estando por isso sob proteção de Deus, levando à criação de inúmeros hospícios no mundo islâmico, conferindo um estatuto elevado ao doente mental e a quem dele cuidava. Já desde o séc. VII (em Fez), os loucos eram internados e tratados até à alta. No entanto, só chegariam à Europa bastante mais tarde (trazida provavelmente pela

⁶ HOLMES, David S. – Psicologia dos Transtornos Mentais. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 1997.

TOWNSEND, Mary C. – Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados. 3ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A., 2002.

⁷ MUSTO, David – 2. A historical perspective. In: BLOCH, Sidney; CHODOFF, Paul – Psychiatric Ethics. 2ª ed. New York: Oxford University Press, 1994.

⁸ CORDEIRO, J. Dias – Obra Citada

influência da expansão árabe até ao sul de Espanha, onde permaneceria vários séculos até à conquista cristã, com nítida influência a nível cultural e comercial)⁹.

Na Renascença, os loucos eram presos ou exilados para outros pontos do mundo pelo mar, em que a água era um elemento purificador. “*A navegação entrega o homem à incerteza da sorte*”. Entregue à imensidão do mar, o louco apátrida percorre a sua liberdade contida, sujeito às intempéries e às feras do Novo Mundo, sujeito à sua sorte¹⁰.

Com o século XV, as pestes, as guerras e a morte assolam as cidades. Para a Literatura, Filosofia e a Arte, a loucura aparece como a sátira moral, a visão da verdade nua e crua: visível, dominante e avassaladora. Porém, segundo Erasmo de Rotterdam citado por Foucault¹¹, pelo facto de a loucura ser uma fraqueza humana, “*ela é um subtil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo*”. A partir do momento que o Homem se ensimesma, ilude-se e enlouquece. A loucura aparece não como a realidade, mas como uma visão virtual dessa mesma realidade.

Só no séc. XVII, com a abolição da pena de morte por feitiçaria em França (em 1680), os asilos se tornaram prática comum, sendo internamentos de reclusão e não de cura, em que criminosos, doentes mentais, mendigos e doentes infecciosos partilhavam o espaço e as condições, sendo acorrentados (como entidades perigosas), sendo exibidos nas feiras e nas ruas como aberrações, sem qualquer esperança de cura¹². Mas seria o Iluminismo e a ideologia decorrente da Revolução Francesa a devolver alguma liberdade e a introduzir transformações na forma de ver e de cuidar estes doentes, assistindo-se a uma maior humanização no tratamento dos doentes mentais, com Pinel e Esquirol¹³.

A loucura ganha status de doença após a Revolução Francesa quando se constitui como problema social nas cidades. Apesar das bandeiras de liberdade, igualdade e fraternidade, o louco é identificado e marcado com um rótulo, como perigoso e incapaz de exercer a sua plena capacidade humana, isolando-o do convívio social, de trabalho e da cidade¹⁴.

⁹ FOUCAULT, Michel – História da Loucura na Idade Clássica. 6ª ed. São Paulo: Editora Perspetiva, 2000.

¹⁰ FOUCAULT, Michel – Obra citada

¹¹ FOUCAULT, Michel – Obra citada

¹² TOWNSEND, – Obra citada

¹³ HOWARD, Patricia B. - Obra Citada

¹⁴ DIAS, Miriam – Manicómios: sua crítica e possibilidade de superação. In: PUEL, Elisa et. al. – Saúde Mental: transpondo as barreiras hospitalares. Porto Alegre: Decasa Editora, 1997. p. 11-19.

Até final do séc. XVIII, a loucura esteve relacionada com a razão, por ser uma das suas manifestações, pois, a mesma levava à sabedoria, e a razão toma consciência da loucura, uma vez que a mesma é a força viva e secreta da razão¹⁵.

Parece que a Psiquiatria só teve um efetivo desenvolvimento a partir do século XIX, com o aparecimento de diversas correntes, muitas vezes antagónicas na sua conceção e no seu desenvolvimento¹⁶. Podemos situar o berço da psiquiatria moderna em dois grandes hospitais de Paris: o Salpêtrière (reservado às mulheres) e o Bicêtre (reservado aos homens), onde nasceu a Escola Francesa de Psiquiatria, donde se destacam fundamentalmente dois nomes, o de Phillipe Pinel e o de Esquirol.

Ao domínio da escola francesa contrapõe-se a emergência da escola romântica alemã, traduzida no psicologismo de Feuchtersleben, Reil, Langemann e outros, com reminiscências ético-religiosas (encarnada em Heinroth e Ideler), corporalizada da doutrina filosófica de Kant, negando a doença mental (considerada uma metáfora).

Quando falamos de Escola Inglesa de Psiquiatria, invariavelmente estamos a situarmos na época vitoriana, em que a Revolução Industrial foi o motor do desenvolvimento que viria a guindar a Grã-Bretanha a hegemonia económica e política europeia pós-napoleónica. Apesar de ser um negociante de café e de chá, William Tuke foi a sua maior referência, quer pelo seu carácter filantrópico, quer pela dinâmica de humanização que imprimiu à psiquiatria neste país. Bastante ativo como Quaker que era, dedicou-se a causas sociais, abriu as portas à criação de um “*estabelecimento para a hospitalização de quackers afetados por perturbações mentais*”. Só mais tarde, em 1835, James Cowles Prichard, inspirado em Pinel e Esquirol, veio a introduzir o espírito clínico na psiquiatria do seu país. Outros nomes se salientam como Maudsley (pelo seu talento organizativo e científico), Spencer (cuja obra paralela a Darwin, pode ser considerado como o expoente máximo do evolucionismo que veio a inspirar a psiquiatria) e Galton (cujo pensamento que norteou a sua obra pode ser resumido à fórmula por ele defendida: “*Until the phenomena of any branch of knowledge have been submitted to measurement and*

¹⁵ FOUCAULT, Michel – Obra citada

¹⁶ FERNANDES, H. J. Barahona. – **Um Século de Psiquiatria**. In: PICHOT, P.; FERNANDES, Barahona – Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal. Lisboa, Serviço Científico «Roche» da Roche Farmacêutica Química, Lda., 1984a, p.7 a 11.

number, it cannot assume the status and dignity of science).” Outros nomes vieram a seguir as pisadas destes homens, embora com menor relevo¹⁷.

Outras escolas poder-se-ão salientar, embora de menor importância, como o Japão, a Itália, a Espanha, a Rússia e os Estados Unidos.

O CASO PORTUGUÊS

A evolução da psiquiatria em Portugal foi lenta e difícil, mas foi-se impondo paulatinamente, sofrendo a influência inicial dos pioneiros Pinel e Esquirol da Escola Francesa, e posteriormente das diversas escolas e correntes que se foram sucedendo a esta.

Só depois do triunfo e estabilização do liberalismo (após as revoluções liberais da Maria da Fonte e da Patuleia, sob intervenção direta do Marechal Saldanha, chefe do governo de D. Maria I), foi criada a primeira instituição psiquiátrica.

A evolução da psiquiatria moderna pode caracterizar-se em seis períodos:

- ❖ 1º Período – Assinala-se pela fundação do Hospital de Rilhafoles (em Lisboa), em 1848, constituindo como o primeiro serviço para tratamento de alienados, seguindo-se, em 1883, o Hospital do Conde de Ferreira (Porto), sob direção de António Maria de Sena (psiquiatra e filósofo, que efetuou um estudo médico social sobre a assistência aos alienados) Destacam-se neste período os nomes de Bizarro (primeira estatística em alienados), Bernardino António Gomes (diretor do Hospital da Marinha, acreditava na humanização do internamento dos alienados, abriu o Hospital de Rilhafoles, sob a direção de Francisco Pulido Valente e mais tarde de Guilherme Abranches). Magalhães de Lemos foi outro nome de relevo, tendo sido um dos primeiros a efetuar psiquiatria experimental;

¹⁷ PICHOT, P. – Um Século de Psiquiatria. In: PICHOT, P.; FERNANDES, Barahona – Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal. Lisboa: Serviço Científico «Roche» da Roche Farmacêutica Química, Lda., 1984, p.12 a 235.

- ❖ 2º Período – Caracteriza-se pela execução reforma de assistência (parcial) e investigação do sistema nervoso feita por Miguel Bombarda, de 1899 até 1910 (altura em que foi assassinado por um doente paranoico);
- ❖ 3º Período – Inicia-se com a Proclamação da República, tendo sido criado o ensino universitário de Psiquiatria nas três faculdades de medicina do país, destacando-se a doutrina de Júlio de Matos (até 1922, altura da sua morte);
- ❖ 4º Período – É marcado pela ação pedagógica de Sobral Cid (deixando escola na formação de psiquiatria, em particular na psicopatologia clínica), sendo a sua obra desenvolvida pelos seus sucessores (Barahona Fernandes, P. Polónio ou Sousa Gomes). Mais tarde, em 1936, Egas Moniz, apoiando-se nas teorias de Miguel Bombarda e na investigação da histologia nervosa de Ramón y Cajal, viria a alcançar o Prémio Nobel da Medicina, pela descoberta do tratamento cirúrgico das doenças mentais. Elysio de Moura (professor catedrático nas cadeiras de neurologia e psiquiatria) merece ainda um especial destaque, como o precursor da psicoterapia em Portugal e a sua posição relativa a uma medicina positivista (personalizada e humanizada);
- ❖ 5º Período – É assinado pela inauguração do Hospital de Júlio de Matos (1942), considerado um modelo de inovação para a época, quer pela terapêutica ocupacional, bem como doutras biológicas, com o início de outras psicoterapias e atividades em saúde mental;
- ❖ 6º Período – O período da atualidade, demarca-se pedagogicamente pela instituição da psicologia clínica nas faculdades de medicina (1955), bem como a introdução dos serviços de psiquiatria nos hospitais gerais, bem como de outras práticas clínicas e da saúde mental. Salienta-se a abertura de serviços de psiquiatria nos Hospitais Universitários: no Hospital de Santa Maria (Lisboa), no Hospital Geral Universitário de São João (Porto) e da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra (sob direção inicial de Elysio de Moura e atualmente de Adriano Vaz Serra). Outras correntes são significativas, em especial o desenvolvimento da pedopsiquiatria, o ensino e a investigação clínica e laboratorial. Por outro lado, interessante parece ser a integração antropológica da Medicina.

SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental trata-se de uma problemática tão enraizada que existem várias abordagens para definir a própria Saúde Mental.

Assim, define a OMS a Saúde Mental como “*o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere*”¹⁸. A doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, por exemplo, a esquizofrenia e a depressão.¹⁹

Já Harber et. al. citados por Howard definem Saúde Mental como um “*processo dinâmico que capacita e promove o funcionamento físico, cognitivo, afetivo e social do indivíduo*”, sendo referenciada também como “*a força capacitadora que motiva o indivíduo na procura e satisfação dos objetivos de vida*”.

Por outro lado, a American Psychiatric Association (1980) citada por Townsend²⁰ define a Saúde Mental como “um sucesso no trabalho, amor e criação, com a capacidade de resolução madura e flexível de conflitos entre instintos, consciência, outras pessoas importantes e a realidade”. Robinson (1983), também citado por Townsend, define-a como “*um estado dinâmico em que se demonstra pensamentos, sentimentos e comportamentos que são apropriados para a idade e congruentes com as normas locais e culturais*”.

Assim, tal como Townsend²¹ iremos aproveitar esta definição, com uma ligeira nuance, ou seja, saúde mental será vista como a “*adaptação bem-sucedida a fatores de stresse do ambiente interno ou externo, evidenciado por pensamentos, sentimentos e*

¹⁸ WHO. Strengthening mental health promotion. Geneva, World Health Organization, 2001 (Fact sheet No. 220). p.1. “a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community” <https://apps.who.int/inf-fs/en/fact220.html> . Cf. GREEN PAPER, UE, 2005, p. 4.

¹⁹ Livro Verde da comissão, de 14 de outubro de 2005, “Melhorar a saúde mental da população: - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia”, COM (2005) - Não publicado no Jornal Oficial

²⁰ TOWNSEND, Mary C. – Obra Citada

²¹ TOWNSEND, Mary C. – Obra Citada

comportamentos que são apropriados para a idade e congruentes com normas locais e culturais”.

O conceito de saúde mental não é unânime, *“Todos os autores que debruçaram sobre este assunto são unânimes em afirmar que é possível e que existem várias definições de saúde mental, e que qualquer delas está intimamente ligada a quem a define e aos valores e instituições sociais em que foram elaborados, bem como à época em que surgiram”*²².

Cumpre-nos assim expor algumas das definições que tem vindo a ser apresentadas. Iniciando desde logo pela definição que diz: *“a melhor forma de ultrapassarmos essa controvérsia e de superarmos as dificuldades mencionadas consiste (...) em concebermos os diferentes aspetos e fatores de saúde psíquica como fazendo parte de um sistema funcional integrado e que possa ser considerado como normalmente inserido no seu meio”*, concluindo desta forma que *“estado psicológico normal”* ou *“saúde mental”* se define como todo *“o sistema de equilíbrio funcional do organismo capaz de permitir ao indivíduo uma boa adaptação social”*, sendo portanto a doença mental o desequilíbrio²³. Outro diz que por saúde mental *“entende-se a capacidade de o ser humano se situar fluentemente em três vertentes: na relação consigo próprio, na relação com os outros e na relação prática com a vida.”*, tratando-se assim *“de um sentimento de bem-estar centrado numa harmonia interior. Supõe um prazer de funcionar, realizado de forma tão íntima que em circunstâncias normais nem sequer se consciencializa”* *“tem naturalmente de passar pela identidade de cada um, pela sua adaptação, posicionamento e relação com a cultura circundante”*²⁴. Outra entende que é *“mentalmente sadio o indivíduo que atingiu o desenvolvimento intelectual e afetivo-instintivo, e a maturação da personalidade global correspondente à sua idade cronológica, com suficiente equilíbrio das suas pulsões e afetos, boa integração da consciência, harmónico dinamismo dos sentimentos e das tendências e da estrutura global do carácter e mecanismos de compensação e defesa pessoais – de modo a permitir um suficiente equilíbrio interior e o jogo balanceado das relações humanas, a inserção social adequada e adaptada ao*

²² CARVALHO, António Carlos do Carmo – jan. - março 1988, sobre o conceito de saúde mental. Enfermagem. Revista Portuguesa da Associação Portuguesa de Enfermeiros. Ano IV. p. 8-10

²³ FONSECA, Fernandes da Psiquiatria e Psicopatologia, I Vol., 2ªEd., Serviço de Educação. Fundação Calouste Gulbenkian, 1997, p. 169

²⁴ MILHEIRO, Jaime – Loucos são os Outros. 2ª ed. Lisboa: Edições Fim de Século, Lda., 2000 e Jaime Milheiro, 2001, p. 301

*ambiente, etc. A Saúde é, pois, algo de positivo, de «valioso» que permite, a realização dos valores culturais do grupo a que o indivíduo pertence.”*²⁵.

Para Reis Oliveira a “*saúde mental é entendida como um conceito de saúde integral não só física e mental, mas também social, interpessoal e cultural enumerando Jahoda (1955) três critérios que podem definir a saúde mental e que passam pelo ajustamento ativo ao meio, por uma unidade da personalidade e uma percepção correta da realidade do mundo e de si próprio.*”²⁶.

Mary Ramshorn entende que “*possui saúde mental a pessoa que, em função da sua idade, do seu estágio de desenvolvimento e da cultura em que vive e se desenvolve, consegue cumprir as performances biológicas, psicológicas e sociais que lhe são solicitadas e/ou que são características dos seus pares. Mas é necessário acrescentar a tudo isto a alegria de viver, de amar e ser amado, a capacidade de compreender o seu ambiente e de perspetivar o seu futuro.*”²⁷.

Franz G. Alexander e Sheldon T. Selesnick entendem que “*A essência da perturbação mental é precisamente a incapacidade do homem para enfrentar a si próprio, para reconhecer os sentimentos e motivações que seu consciente repudia.*”²⁸. Os doentes mentais foram também chamados de alienados, a que a civilização atribuía o significado de “*separados ou isolados da comunidade, seres que perderam os direitos humanos porque a doença lhes consumiu o espírito, atributo essencial do homem*”²⁹.

Concluimos desta forma que a definição de saúde mental não é definitiva e não cessa de ser alterada mormente devido ao progresso da investigação em neuro psiquiatria³⁰. Considera-se que implica sempre uma disfunção da pessoa (não apenas uma diferença), a presença de um conjunto de sinais ou sintomas clinicamente significativos que não são

²⁵ FERNANDES, Barahona, da psiquiatria para a saúde mental: um modelo antropológico médico. Lisboa: Ed. Gráfica Portuguesa, 1980, p. 17

²⁶ OLIVEIRA, J. F. Reis de, Saúde Mental numa perspetiva histórica e sociológica. Revista de Psiquiatria, Vol. XI, n.º 1, janeiro/março, 1998, p. 44

²⁷ Mary Ramshorn (apud Carvalho, 1988, p. 10)

²⁸ ALEXANDER, Franz G. e SELESNICK, Sheldon T., História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até ao presente. Tradução de: Aydano Arruda, 2ª Ed. São Paulo: IBRASA, 1980, p. 35

²⁹ Dias Cordeiro, 2002, p. 14

³⁰ SILVA, Paula Martinho da, O internamento forçado nas doenças mentais. Breve perspetiva dos quadros “O louco” de Dominguez Alvarez e a “Antítese da Calma” de António Dacosta. Bem da pessoa e bem comum: um desafio à bioética. Centro de Estudos de Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra, VIII, 1998, p. 182

uma resposta comum, adequada, inserida no contexto cultural e social em que a pessoa vive, mas resultado de uma disfunção ou anomalia psicológica, biológica e social; considera-se mal-estar e défice funcional clinicamente significativo, com impacto e prejuízo na vida da pessoa.

O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) é uma das classificações mais usada pelos profissionais da saúde mental e contém uma lista de critérios diagnósticos para todos os transtornos psiquiátricos.

A condição mental de uma pessoa é determinada por uma multiplicidade de fatores, incluindo aspetos biológicos (genéticos, de sexo), individuais (as experiências pessoais), familiares e sociais (rede social, suportes) bem como económicos e ambientais (estatuto social, condições de vida, trabalho). Sabemos que a saúde mental pode ser promovida por intervenções de saúde pública, políticas e práticas em vários campos, da saúde à educação e ao ambiente e ao trabalho. Claramente influenciada pela cultura, a saúde mental assume diferentes significados dependendo de contextos que incluem, entre outras, influências socioeconómicas, políticas e culturais. Os tipos de personalidade e as estratégias de coping podem colocar as pessoas em risco de perturbação e de doença mental; abordagens salutogénicas mais focadas na adaptação, no otimismo e na resiliência contam-se entre os fatores protetores que podem modificar as respostas aos stressores³¹.

A crise financeira que hoje vivemos está a ter seguramente impactos muito significativos na saúde mental - os especialistas consideram que "será inevitável um aumento da prevalência de algumas doenças mentais e de muitos problemas de saúde mental e será altamente possível que a taxa de suicídio aumente em alguns setores da população³².

Estimativamente, calcula-se que as perturbações mentais afetem mais de 1 em cada 4 adultos na Europa, 58 000 mortes anuais por suicídio, que causam mais vítimas que os acidentes rodoviários.

³¹ Huppert FA e Timothy TC So 2013 Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. Soc Indic Res. 110:837– 861

³² Programa Nacional para a Saúde Mental. Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental. Março 2012, p. 39.

A saúde mental é atualmente um dos maiores desafios que enfrentam todos os países da Região Europeia, especialmente, se tivermos em conta alguns dados, que aqui se transcrevem:

- a) *"Problemas de saúde mental afetam pelo menos uma em cada quatro pessoas em algum momento das suas vidas"*³³;
- b) *"Dos 870 milhões de pessoas que vivem na Região Europeia, é estimado que cerca de 100 milhões de pessoas sofram de ansiedade e depressão, mais de 21 milhões de transtornos por uso de álcool, mais de 7 milhões de doença de Alzheimer e outras demências, cerca de 4 milhões de esquizofrenia; 4.000.000 de transtorno afetivo bipolar e 4 milhões de transtornos de pânico"*³⁴;
- c) *"Estima-se que mais de 17% dos adultos experienciem pelo menos uma forma de doença mental durante um ano da sua vida"*³⁵; *"as formas mais comuns de doença mental na UE são perturbações de ansiedade e depressão. Em 2020, é esperado que a depressão seja a mais elevada causa de doença no mundo desenvolvido"*³⁶;
- d) *As "doenças neuropsiquiátricas são a segunda maior causa de doença, a seguir às cardiovasculares; distúrbios neuropsiquiátricos são responsáveis por mais de 40% de doenças crónicas e a maior causa de anos vividos com incapacidade neuropsiquiátricos contribuem em 13% da morbilidade global"*³⁷;
- e) *"Em muitos países, os problemas de saúde mental são responsáveis por 35-45% de absentismo ao trabalho"*³⁸;
- f) *"Um dos resultados mais trágicos de problemas de saúde mental é o suicídio. Nove dos dez países do mundo com as maiores taxas de suicídio estão na Região Europeia"*³⁹ e, entre estes, encontra-se Portugal; dados de 2005, apontavam que *"atualmente, na UE, cerca de 58.000 cidadãos morrem por suicídio, em cada ano, mais do que as mortes provocadas por acidentes rodoviários, homicídio ou HIV/SIDA"*⁴⁰;

³³ WHO. Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. 2005. p. 1.

³⁴ WHO. Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. 2005. p. 2.

³⁵ Green Paper, 2005, p. 4

³⁶ Green Paper, 2005, p. 4.

³⁷ WHO. Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. 2005. p. 4.

³⁸ WHO. Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. p. 5.

³⁹ As referidas dez taxas de suicídio mais elevadas no total da população (2006) são apresentadas por: Grécia, México, Itália, Reino Unido, Espanha, Holanda, Portugal, Irlanda, Alemanha, Austrália.

⁴⁰ Green Paper, p. 5

- g) Os dados mais recentes da OMS, afirmam que *"123 853 pessoas cometem suicídio em cada ano, dos quais quase 80% são homens"*, sendo claro do ponto de vista estatístico que *"os homens são quase cinco vezes mais propensos a cometer suicídio do que as mulheres, em todos os países da Região Europeia (média de 23,8 por 100 000 para homens versus 5,2 por 100 000 para as mulheres)"*⁴¹;
- h) *"Embora a carga dos transtornos mentais não varie consideravelmente entre os países, pesquisas recentes indicam que a disponibilidade de recursos de saúde mental é altamente discrepante entre países"*⁴²;
- i) *"Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. A carga de perturbações mentais tais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas"*⁴³;
- j) Em Portugal, *"uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar"*⁴⁴; *"pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano"*, sendo que *"o internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias"*⁴⁵;
- k) Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população: *"a prevalência anual em Portugal das perturbações psiquiátricas era de 22,9%"*⁴⁶.

⁴¹ <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-andstatistics>

⁴² Global Mental Health Resources and Services: A Who Survey Of 184 Countries. http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/12/00_Morris.pdf

⁴³ Portugal. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Sumário executivo, p. 5. (e Relatório da Comissão de Reestruturação dos serviços de saúde mental, 2007, p. 12).

⁴⁴ Idem, p. 5

⁴⁵ Idem, p. 8

⁴⁶ Idem, p. 8

É hoje internacionalmente reconhecida a importância de promover a saúde mental, a desinstitucionalização, a reabilitação e a reinserção social. Assim o afirmam alguns documentos enquadramentos e referenciais como a Mental Health Declaration for Europe^{47 48} e policies and practices for mental health in Europe Mental Health Action Plan for Europe culminando no Comprehensive mental health action plan 2013 – 2020⁴⁹.

TÍTULO II - A LEI DA SAÚDE MENTAL

A PROBLEMÁTICA DA DENOMINAÇÃO DA LEI

A Lei da Saúde Mental foi aprovada pela Lei N.º 36/98 de 24 de julho de 1998, substituiu a Lei N.º 2118 de 3 de abril de 1963 que se revelou e pecou pelas insuficiências nomeadamente no que respeitava ao internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica⁵⁰.

Em 1984 deu-se a extinção do Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP) e a criação da Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. Já em 1985, Portugal foi um dos países que na II Conferência de Ministros da Saúde do Conselho da Europa, que reuniu em Estocolmo, comprometeu-se a reestruturar a organização assistencial da saúde mental.⁵¹

Assim, a Lei n.º 36/98, de 24 de julho, intitulada "Lei de Saúde Mental", estabeleceu "*os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos*

⁴⁷ WHO European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions, Helsinki, Finland, 14 January declaration-for-europe.

⁴⁸ Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. 2005. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf

⁴⁹ Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO, 2008. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf

⁵⁰ FRANCISCO MILLER MENDES; A nova lei da saúde mental

⁵¹ ÁLVARO DE CARVALHO; Saúde mental: a efetiva integração no serviço nacional de saúde e os internamentos compulsivos;

portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental"⁵², sendo criado o Conselho Nacional de Saúde Mental. Notemos que no seu âmbito⁵³ se desenhou desde logo a prevenção (primária, secundária e terciária) da doença mental bem como a promoção da saúde mental das populações e que os princípios gerais definidos⁵⁴ se mantêm consonantes com as diretrizes internacionais atuais. Com a publicação do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, ficaram estabelecidos os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental, bem como o modelo organizacional da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental.

Em 2006 foi criada⁵⁵ a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, cujo relatório *"constitui, assim, a base de um plano nacional de saúde mental"*⁵⁶ aprovado em 2008, ano em que foi criada a Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

A reactualização do Plano⁵⁷, ocorreu em 2012, com uma avaliação dos dois anos anteriores, análise SWOT e inclusão da avaliação da OMS. Releve-se ainda a existência de legislação que visa proteger as pessoas com deficiência⁵⁸, proibindo e punindo a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde, *"sancionando a prática de atos que se traduzam na violação de quaisquer direitos fundamentais"*.

⁵² Artigo 1.º da Lei da Saúde Mental

⁵³ Artigo 2.º da Lei da Saúde Mental

⁵⁴ A Lei definiu cinco princípios gerais de política de saúde mental: "a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social"; "os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível"; "o tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais"; "no caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes"; "a prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação".

⁵⁵ Despacho n.º 11 411/2006 (2.a Série). "Decorrido este lapso de tempo, importa analisar a situação atual, nomeadamente no que respeita à avaliação das necessidades de cuidados de saúde mental e da prestação de cuidados quer pelos serviços públicos quer privados, de forma a introduzir os aperfeiçoamentos julgados como mais adequados para tornar o sistema prestador mais eficiente e de maior qualidade. A partir desta análise, será possível formular recomendações sobre a organização dos serviços de saúde mental e propor metas e estratégias para uma evolução deste sistema."

⁵⁶ Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, abril 2007, p.11.

⁵⁷ Programa Nacional para a Saúde Mental. Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental. Março 2012.

http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%C3%A7%C3%A3o_PNSM.pdf

⁵⁸ Lei n.º 46/2006 de 28 de agosto.

Foi publicado, em 2010, o Decreto-Lei N.º 8/2010, de 28 de Janeiro, que criou um conjunto de unidades e equipas de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, estabelecendo *"as estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental, em articulação com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) e com os serviços locais de saúde mental (SLSM) (...) passando a prestação de cuidados de saúde mental a ser assegurada por equipas e unidades multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação"*⁵⁹. Estas unidades destinam-se *"às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência"*.

A escolha do nome imposto à Lei N.º 36/98 de 4 de julho, denominada de: Lei da Saúde Mental, foi fortemente criticada, sendo unânime a crítica de que a “Lei da Saúde Mental” deveria ser chamada de “Lei do Internamento Compulsivo” pois a maior parte do articulado da lei, é sobre o processo de internamento compulsivo e não sobre a saúde mental tout court⁶⁰.

DIREITOS FUNDAMENTAIS

DIREITO INTERNACIONAL E EUROPEU

A Convenção Europeia dos Direitos do Homem no seu art.º 5 prevê que: *“1 – Toda a pessoa tem direito à liberdade e segurança. Ninguém pode ser privado da sua liberdade, salvo nos casos seguintes e de acordo com o procedimento legal: (...) e) Se se tratar de detenção legal de uma pessoa suscetível de propagar uma doença contagiosa, de um alienado mental, de um alcoólico, de um toxicómano ou de um vagabundo”*, protegendo assim a liberdade. Devendo ser entendidos, os termos de liberdade e segurança, neste contexto como *“lidos em conjunto”*, enquanto formam em todo, devendo o direito à

⁵⁹ Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro. Preâmbulo.

⁶⁰ ADRIANO VAZ SERRA; Comentários críticos à lei de saúde mental;

JOSÉ CARLOS VIEIRA DE ANDRADE; O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspetiva dos direitos fundamentais;

segurança ser entendido de modo estritamente associado à liberdade, enquanto contem a garantia de que o indivíduo só poderá ver a sua liberdade limitada nos casos e com as garantias que a Constituição admite⁶¹.

Desta norma⁶² podem referir-se três níveis de garantias⁶³:

- a) Relativa ao processo de privação da liberdade: de acordo com o procedimento legal;
- b) Relativa à própria privação da liberdade: apenas nas situações previstas nas alíneas do n.º 1;
- c) Relativa às pessoas que foram privadas da sua liberdade – cf. n.ºs 2 a 5.

Tendo em conta a privação da liberdade no Direito Interno, quando sejam violados os direitos e garantias consagrados na CEDH, a pessoa tem a possibilidade de apresentar em seu nome e por si queixa no Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. *In casu*, socorremo-nos do art.º 3 CEDH que contém a proibição universal como uma garantia absoluta: a tortura e os tratamentos desumanos e degradantes.

O Pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos, no seu art.º 9, consagra igualmente o direito à liberdade, prevendo que “*1. Todo o indivíduo tem direito à liberdade e à segurança da sua pessoa. Ninguém pode ser objeto de prisão ou detenção arbitrária. Ninguém pode ser privado da sua liberdade a não ser por motivo e em conformidade com processos previstos na lei.*”. O Pacto assegura ainda, tal como a CEDH que “*Todos os indivíduos privados da sua liberdade devem ser tratados com humanidade e com respeito da dignidade inerente à pessoa humana.*”.

No mesmo sentido também a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia protege o direito à liberdade (cf. art.º 6), bem como proíbe que alguém seja submetido a tortura, a tratos ou penas desumanas ou degradantes (cf. art.º 4).

Também a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes Mentais⁶⁴ vem reforçar que “*A pessoa deficiente mental, tem, na máxima medida possível, os mesmos direitos que os*

⁶¹ Irineu Cabral Barreto, apud Moutinho, 2010, p. 638

⁶² Art.º 5 CEDH

⁶³ Barreto, obra citada, 2000, p. 112

⁶⁴ Proclamada pela resolução 2856 (XXVI) da Assembleia Geral das Nações unidas, de 20 de dezembro de 1971. Disponível para consulta na Internet em: http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_5.htm

demais seres humanos.”, bem como realça que “... tem direito à proteção contra a exploração, os maus tratos e os tratamentos degradantes.”.

Pela Declaração é admitido que “*Sempre que as pessoas deficientes mentais não possam, devido à gravidade da sua deficiência, exercer efetivamente todos os seus direitos ou caso se torne necessário restringir ou negar alguns destes direitos ou todos eles, o procedimento utilizado para tal restrição ou negação de direitos deverá conter salvaguardas jurídicas adequadas contra todas as formas de abuso. Este procedimento deverá basear-se numa avaliação da capacidade social da pessoa deficiente mental efetuada por peritos qualificados e deverá ser sujeito a revisão periódica e ser suscetível de recurso para autoridades superiores.*”, ou seja, a própria Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes Mentais admite a restrição dos direitos dos mesmos, fazendo no entanto referência a que devem ser tomadas medidas jurídicas para salvaguardar contra eventuais abusos, dando ainda algumas medidas indicativas.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA

A Constituição da República Portuguesa, como lei fundamental da comunidade política, estatui no art.º 1 que “*Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)*”. O princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana constitui a base primeira da República e a referência constitucional unificadora de todos os direitos fundamentais. Encontra-se assim na base de todos os direitos constitucionalmente consagrados.

Nesta medida, os portadores de anomalia psíquica gozam, em princípio, de todos os direitos fundamentais consagrados na Constituição, já que não perdem a sua condição humana. No entanto, reconhecendo que as pessoas nessas condições não podem gozar de todos os direitos fundamentais da mesma maneira que a generalidade das pessoas, uma vez que tal situação impõe restrições e limitações especiais – passa a afirmar-se o princípio-regra da titularidade dos direitos fundamentais, considerando as limitações necessárias como restrições ou compressões desses direitos.

Ao admitir-se limitações ao exercício de direitos fundamentais, aplica-se-lhes o regime jurídico das restrições legislativas de direitos fundamentais (cf. art.º 18 da CRP), isto é,

*“não se aceitam senão aquelas limitações que forem adequadas à lógica existencial ou ao bom funcionamento da instituição ou do grupo, e apenas na medida em que sejam estritamente necessárias para tal fim, e ainda só desde que não sejam desproporcionadas ou desproporcionais, ponderando o custo da limitação com o benefício desse modo alcançado para os direitos dos outros ou para os valores comunitários envolvidos.”*⁶⁵.

Assim, e de acordo com o estatuído no art.º 18 da CRP, estas pessoas gozam de todos os direitos fundamentais, com ressalva das restrições que lhes sejam impostas por uma lei, restrições que só serão legítimas se, e na medida em que, respeitarem os princípios constitucionais da adequação, da necessidade e da proporcionalidade.

Uma vez, que o art.º 71, n.º 1 da CRP dispõe expressamente: *“Os cidadãos portadores de deficiência (...) mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontram incapacitados”*.

A restrição de direitos no internamento compulsivo é evidente, desde logo porque constitui uma privação da liberdade. Nesta medida, percebe-se que, numa sociedade livre, democrática e pluralista, o internamento compulsivo de pessoas qualificadas como portadoras de anomalia psíquica seja rodeado de especiais cuidados, para garantir que a anomalia existe efetivamente, que a privação da liberdade é o meio mais adequado e necessário para o respetivo tratamento e que não é nem se torne desproporcionada no caso concreto, e ainda que, durante o internamento, o doente é tratado com respeito pela sua individualidade e dignidade pessoal⁶⁶.

Deste modo, a proteção jurídico-constitucional da dignidade e da liberdade dos portadores de anomalia psíquica exige que o internamento como restrição à liberdade, esteja previsto na Constituição, que seja decidido por entidades competentes e sujeitas a uma deontologia, no âmbito de um procedimento com garantias e sujeito a controle judicial, que seja suficientemente regulado por lei de forma a assegurar que, nos casos concretos, se comprove adequado e se limite ao estritamente necessário para assegurar o tratamento, respeitando o princípio da proporcionalidade.

⁶⁵ Vieira de Andrade, 2000, p. 75

⁶⁶ Vieira de Andrade, 2000, p. 79

Assim, o art.º 27 da CRP prevê no n.º 1 que “*Todos têm direito à liberdade e à segurança*” e estabelecendo os casos em que alguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, desde logo no n.º 2: “*Ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de ato punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança.*”. A este princípio o n.º 3 do mesmo art.º prevê as exceções em que dispõem que se pode proceder à “*privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar, nos seguintes casos: h) Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente.*”. Encontramos respeitada a regra do art.º 18, n.º 2 da CRP, nos termos da qual “*A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição...*”.

A liberdade que está em causa nesta norma constitucional é a liberdade física, entendida como liberdade de movimentos corpóreos, de “ir e vir”, a liberdade ambulatoria ou de locomoção⁶⁷.

Para além deste requisito, a restrição dos direitos fundamentais deve ainda respeitar, quer as condições constitucionais específicas – o internamento há-se ser em estabelecimento terapêutico adequado e a decisão tem que ser tomada, ou pelo menos confirmada por autoridade judicial competente -, quer as restantes condições gerais de restrição de direitos, liberdades e garantias fixadas no art.º 18 da CRP – em especial o princípio da proporcionalidade em sentido amplo, nas suas dimensões da adequação, necessidade e proporcionalidade *stricto sensu* e o princípio do respeito pelo conteúdo essencial do direito.

A LSM em respeito pelos valores constitucionais prevê que “*Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível*” (cf. art.º 3, n.º 1, al. d)) e que o internamento compulsivo só deve ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e deve findar logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa (cf. art.º 8, n.º 1, da LSM).

Todo o articulado do art.º 8 da LSM consagra o princípio da proporcionalidade *latu sensu*, nas suas dimensões da adequação, necessidade e proporcionalidade *stricto sensu* (cf. art.º

⁶⁷ Miranda, Jorge e Medeiros, Rui; Constituição da República Portuguesa Anotada, Tomo I, 2.ª Ed., atualizada e ampliada, 2010, p. 638

18 n.º 2, da CRP). Relativamente aos n.ºs 1, 2 e 3, desta norma, que se referem tanto à decisão como à manutenção do internamento compulsivo, decorre dos mesmos que o internamento compulsivo só pode ser determinado e mantido onde se mostre meio adequado à prossecução dos seus fins, quer terapêuticos, quer de proteção de bens jurídicos, do portador de anomalia psíquica ou de terceiro, concluindo-se que não existem outros meios menos onerosos para a esfera de direitos fundamentais do portador de anomalia psíquica e esteja ainda em equilíbrio com o grau de perigo e a importância dos bens jurídicos em causa.

O n.º 4 do art.º 8 da LSM, ao prever que *“as restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respetivo regulamento”* consagra o subprincípio da adequação e necessidade a propósito da execução do internamento compulsivo, queremos com isto dizer que apesar de o internamento compulsivo se desenvolver num contexto relacional (médico/paciente), não é por esse motivo que deixa de se reconhecer ao internado, e como regra, a plenitude dos seus direitos fundamentais, que só serão comprimidos ou restringidos, na medida do razoável e sempre sem privação do seu núcleo essencial, em termos de garantir a eficácia do tratamento em função do qual o internamento foi determinado e a segurança e bom funcionamento da instituição em que se encontra internado.

Concluimos assim que o internamento compulsivo é declaradamente uma restrição ao direito à liberdade, quer no vetor da liberdade de deslocação, quer no vetor da liberdade de decisão sobre os atos médicos que o têm por objeto. No entanto, esta restrição viabiliza a efetivação do direito à saúde, que apesar de este ser um direito económico e social e o direito à liberdade ser um direito fundamental, este pode ceder, conforme prevê o art.º 27 CRP, em que define as situações em que esse direito pode ser restringido. É neste sentido que o Tribunal tem obrigatoriamente que intervir, quer isto dizer que o Tribunal não se substitui aos médicos para avaliar da necessidade de tratamento dos doentes, mas apenas para esclarecer quaisquer dúvidas que a visão médica possa suscitar sobre a necessidade de internamento. Assim, o Tribunal tem uma função de garantia e de legitimação social das restrições de direitos que o internamento encerra⁶⁸.

⁶⁸ Dantas, 2002: 152

No sentido de o internamento compulsivo ser uma intervenção restritiva da liberdade justificada pela existência de anomalia psíquica, pronunciou-se o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, proferido em 22-06-2010⁶⁹.

Tal privação da liberdade, em que se traduz o internamento compulsivo, embora não seja, uma medida de segurança, de natureza penal, tem como fundamento último a perigosidade social do cidadão portador de anomalia psíquica, pelo que a sua imposição deve obedecer aos princípios constitucionais em vigor sobre os seus pressupostos de privação de liberdade⁷⁰.

Assim, o carácter excecional do internamento compulsivo resulta de um leque de instrumentos jurídicos do Direito interno ao Direito Europeu e Direito Internacional.

LEI DE BASES DA SAÚDE

A Lei N.º 48/90 de 24 de agosto de 1990, denominada de Lei de Bases da Saúde veio afirmar uma política de saúde universal, global, tendencialmente gratuita, equitativa e descentralizada (cf. Base XXIV), que visa a promoção da saúde e a prevenção da doença, a equidade no acesso e na distribuição dos recursos, a estruturação de acordo com os interesses dos utentes em articulação com os serviços de segurança e bem-estar sociais, devendo a gestão ser direcionada para a utilização racional dos recursos, em apoio com o sector privado, promovendo a participação dos cidadãos e da comunidade, incentivando a educação das populações e estimulando a formação e investigação para a saúde, numa política de saúde evolutiva e adaptada às necessidades e recursos das populações (cf. Base II), atingindo todos os cidadãos, no qual são afirmados os direitos e deveres dos utentes (cf. Base XIV) e dos profissionais de saúde (cf. Base XV), mas que privilegia a responsabilidade individual e coletiva dos utentes (cf. Base V).

⁶⁹ Disponível para consulta na íntegra na Internet em: <http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/6054d72ff82e15d480257761005225db?OpenDocument> - Vide Anexo A

⁷⁰ DESEMBARGADOR HELDER ROQUE; uma reflexão sobre a nova Lei de Saúde Mental; in A lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo – pp. 121 a 131, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora

LEI DE BASES DE LUTA CONTRA AS DOENÇAS CONTAGIOSAS

A Lei N.º 2036 de 9 de agosto de 1949, vinha expressamente promulgar a luta contra as doenças contagiosas, cf. Base I.

Assim, na Base II, al. d) estatua: “*Compete á Direcção-Geral de Saúde determinar o internamento, que será obrigatório, dos doentes contagiosos sempre que haja grave perigo de contágio e não seja possível o tratamento ambulatorio ou domiciliário, com as aconselháveis medidas de isolamento e tratamento*”.

Mais estatua a Base IV que “*as pessoas afetadas de doença contagiosa não devem tomar contacto direto com o público durante o período de contágio ou praticar atos de que possa resultar a transmissão da doença*” (cf. n.º 1), mais dispunha: “*enquanto existir perigo imediato de contágio, as referidas pessoas não possam frequentar escolas, estabelecimentos públicos ou particulares, casas de espetáculos ou locais de trabalho, nem utilizar meios de transporte em comum ou ainda exercer profissões que favoreçam a difusão da doença*” (cf. n.º 2).

Assim, os indivíduos afetados ou suspeitos de doença contagiosa serão objeto de vigilância sanitária e submetidos, conforme os casos a um internamento em estabelecimento adequado (cf. n.º 1).

Para tal, serão obrigatoriamente internados os doentes e suspeitos que, oferecendo perigo imediato e grave de contágio, não possam ser tratados na sua residência e ainda os que se recusem a iniciar ou a prosseguir o tratamento ou a abster-se da prática de atos de que possa resultar a transmissão da doença.

Sucedo que tal ordenamento explícito quanto ao internamento compulsivo de portadores de doenças contagiosas foi expressamente revogado pelo art.º 24 da Lei N.º 81/2009 de 21 de agosto que implementa um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública.

LEI DA SAÚDE MENTAL

A Lei da Saúde Mental foi aprovada pela Lei N.º 36/98 de 24 de julho de 1998, substituindo a Lei N.º 2118 de 3 de abril de 1963 que vinha revelando e pecava pelas insuficiências nomeadamente no que respeitava ao internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica⁷¹. Em 1984 deu-se a extinção do Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP) e a criação da Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. Já em 1985, Portugal foi um dos países que na II Conferência de Ministros da Saúde do Conselho da Europa, reunida em Estocolmo, comprometeu-se a reestruturar a organização assistencial da saúde mental.⁷²

Assim surge a Lei n.º 36/98, de 24 de julho, intitulada "Lei de Saúde Mental", que estabeleceu "*os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental*"⁷³, tendo criado o Conselho Nacional de Saúde Mental. Notemos que no seu âmbito⁷⁴ se desenhou desde logo a prevenção (primária, secundária e terciária) da doença mental bem como a promoção da saúde mental das populações e que os princípios gerais definidos⁷⁵ se mantêm consonantes com as diretrizes internacionais atuais. Com a publicação do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, ficaram estabelecidos os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental, bem como o modelo organizacional da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental.

⁷¹ FRANCISCO MILLER MENDES; A nova lei da saúde mental, *in* A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 99 a 110, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro biomédico, Coimbra Editora;

⁷² ÁLVARO DE CARVALHO; Saúde mental: a efetiva integração no serviço nacional de saúde e os internamentos compulsivos, *in* A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 99 a 110, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro biomédico, Coimbra Editora;

⁷³ Lei n.º 36/98 de 24 de julho, art.º 1

⁷⁴ Art.º 2 LSM

⁷⁵ A Lei definiu cinco princípios gerais de política de saúde mental: "a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social"; "os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível"; "o tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais"; "no caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes; "a prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação".

Posteriormente em 2006 foi criada⁷⁶ a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, cujo relatório "*constitui, assim, a base de um plano nacional de saúde mental*"⁷⁷ aprovado em 2008, ano em que foi criada a Coordenação Nacional para a Saúde Mental. A reatualização do Plano,⁷⁸ ocorreu em 2012, com uma avaliação dos dois anos anteriores, análise SWOT e inclusão da avaliação da OMS. Releve-se ainda a existência de legislação que visa proteger as pessoas com deficiência⁷⁹, proibindo e punindo a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde, "*sancionando a prática de atos que se traduzam na violação de quaisquer direitos fundamentais*". Em 2010, foi publicado o Decreto-Lei N.º 8/2010, de 28 de Janeiro, que criou um conjunto de unidades e equipas de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, estabelecendo "*as estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental, em articulação com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) e com os serviços locais de saúde mental (SLSM) (...) passando a prestação de cuidados de saúde mental a ser assegurada por equipas e unidades multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação*"⁸⁰. Estas unidades destinam-se "*às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência*".

Várias críticas foram feitas ao nome da Lei N.º 36/98 de 4 de julho, denominada de Lei da Saúde Mental. Sendo unânime a crítica de que a "*lei da saúde mental*" deveria ser

⁷⁶ Despacho n.º 11 411/2006 (2.a Série). "Decorrido este lapso de tempo, importa analisar a situação atual, nomeadamente no que respeita à avaliação das necessidades de cuidados de saúde mental e da prestação de cuidados quer pelos serviços públicos quer privados, de forma a introduzir os aperfeiçoamentos julgados como mais adequados para tornar o sistema prestador mais eficiente e de maior qualidade. A partir desta análise, será possível formular recomendações sobre a organização dos serviços de saúde mental e propor metas e estratégias para uma evolução deste sistema."

⁷⁷ Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, abril 2007, p.11.

⁷⁸ Programa Nacional para a Saúde Mental. Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental. Março 2012.

http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%C3%A7%C3%A3o_PNSM.pdf

⁷⁹ Lei n.º 46/2006 de 28 de agosto.

chamada de “*Lei do Internamento Compulsivo*” pois a maior parte do seu articulado é deste facto que trata⁸¹.

TÍTULO III - DO INTERNAMENTO

DEFINIÇÕES

Historicamente o internamento compulsivo é entendido como mero instrumento de proteção de comunidades purificando-as dos elementos potencialmente “perigosos” ou entendidos como tal, remetendo-os para instituições com atividade terapêutica por demonstrar e com incómodas similitudes com as masmorras⁸².

Segundo Vieira de Andrade⁸³, o internamento compulsivo é quando se admite que o portador de anomalia psíquica possa ser internado sem o seu consentimento.

Para Francisco Miller Mendes⁸⁴ o objetivo do internamento compulsivo residirá apenas e tão-só no intuito de proteção e de tratamento do próprio internando, alheada de qualquer razão de perigosidade criminal.

O internamento compulsivo em Portugal é regulado por legislação especial, tal como na maioria dos Estados Membros, exceto Grécia, Itália e Espanha.

Em Portugal, o internamento compulsivo encontra-se regulado pela Lei N.º 36/98 designada por Lei da Saúde Mental, que no seu art.º 7 define internamento compulsivo como “*o internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica*”.

⁸¹ ADRIANO VAZ SERRA; Comentários críticos à lei de saúde mental; in A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 53 a 60, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro biomédico, Coimbra Editora;

JOSÉ CARLOS VIEIRA DE ANDRADE; Obra citada;

⁸² António Rodrigues, Ob. Citada, 2000, p. 94

⁸³ Ob. Citada, 2000, p.83

⁸⁴ Ob. Citada, 2000, p. 104

A Associação Psiquiátrica Americana estabelecia como critérios para o internamento compulsivo os seguintes:

- Existência de perturbação mental grave
- Razoável expectativa de tratamento eficaz
- Recusa ou incapacidade para consentir na admissão voluntária
- Falta de capacidade para dar consentimento informado
- Perigo de danos a outros ou a si mesmo em consequência da perturbação, incluindo substancial deterioração física ou psíquica⁸⁵.

Conforme referencia Paula Martinho da Silva⁸⁶, o internamento de doentes mentais é aceite pela sociedade não é só como meio de tratamento possível, mas sobretudo porque o sentimento de proteção dos cidadãos aumenta à medida que a privação desses indivíduos se verifica.

Já na Declaração dos Direitos do Deficiente Mental (Proclamada pela Resolução 2856/XXI) da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 20 de Dezembro de 1971⁸⁷ se encontrava previsto o internamento compulsivo de doentes afetados por anomalia psíquica, a qual admitia que em caso de necessidade podiam ser restringidos ou negados alguns dos seus direitos ou mesmo todos, desde que o procedimento utilizado para tal restrição ou negação dos direitos contenha todas as salvaguardas jurídicas adequadas contra todas as formas de abuso, bem como ainda exige que este procedimento se baseie numa avaliação da capacidade social da pessoa deficiente mental efetuada por peritos qualificados e deverá ser sujeito a revisão periódica e ser suscetível de recurso para autoridades superiores.

Para Salize⁸⁸ as leis de quase todos os Estados-membros referem que o internamento compulsivo apenas é legalmente permitido quando outras alternativas menos restritivas possam não ser suficientes ou estar disponíveis. Apenas são exceções as leis de França e Espanha.

⁸⁵ Ricou, Ob. Citada, 1998, p.77

⁸⁶ Ob. Citada, 1998, p.182

⁸⁷ http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_5.htm

⁸⁸ et al apud Correia e Almeida, Ob. Citada, 2012, p. 102

No âmbito do internamento compulsivo convém estabelecer garantias substantivas e processuais, pelo facto de estar em causa uma privação da liberdade ambulatória do doente, uma verdadeira detenção⁸⁹.

Para António Rodrigues⁹⁰ existem dois modelos: modelos judiciais ou judicializado (caracterizando-se pela necessidade de intervenção do tribunal para ordenar ou autorizar o internamento) e o modelo administrativo (assente numa resposta essencialmente administrativa e médico-sanitária, quando muito com controlo judicial à posteriori).

No ordenamento jurídico português, a proteção jurídico-constitucional da dignidade e da liberdade dos portadores de anomalia psíquica exige que o internamento, como restrição à liberdade, esteja previsto na Constituição da República Portuguesa. E face a esta exigência o art.º 27 CRP, que tem como epígrafe “Direito à liberdade e à segurança”, no seu n.º 2, prevê que “ninguém pode ser total ou parcialmente privado de liberdade a não ser em consequência de sentença judicial condenatória (...), e logo na al. h) do n.º 3, excetua os casos de “internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente”. Face ao conteúdo desta norma detona-se, desde logo, a existência do internamento compulsivo depender de controlo judicial, podendo a decisão judicial ter lugar antes ou depois do internamento.

Conforme a Lei da Saúde Mental, optou pela intervenção judicial previa à decisão final, definitiva, sobre o internamento, quer nos casos de internamento ordinário (art.º 12 a 21 LSM), quer nos casos do processamento de urgência (art. ºs 22 a 27 LSM)⁹¹.

⁸⁹ Latas e Vieira, Ob. Citada, 2004, p. 55

⁹⁰ Ob. Citada, 2000, p. 28

⁹¹ Latas e Vieira, Ob. Citada, 2004, p. 56

PRINCÍPIOS ESTRUTURANTES

Para além dos princípios gerais previstos nas Bases I e II da Lei de Bases da Saúde⁹² prevê no n.º 1 do art.º 3, os princípios específicos da política de saúde mental, que são os seguintes:

- a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;
- b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível;
- c) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais;

⁹² Lei de Bases da Saúde (Lei N.º 48/90, 24 de agosto)

Base I – Princípios gerais

- 1- A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da Lei.
- 2- O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.
- 3- A promoção e a defesa de saúde pública são efetuados através da atividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade.
- 4- Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.

Base II – Política de saúde

- 1- A política de saúde tem âmbito nacional e obedece às diretrizes seguintes:
 - a. Promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades, no planeamento das atividades do Estado;
 - b. É objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços;
 - c. São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique;
 - d. Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social;
 - e. A gestão de recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida de serviços;
 - f. É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público;
 - g. É promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços;
 - h. É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual;
 - i. É estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade.
- 2- A política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos.

- d) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.

Do teor deste n.º 1 resulta o modelo comunitário, reafirmado pela OMS e pela Resolução N.º 46/119, de 17 de dezembro, das Nações Unidas.

Para Albergaria⁹³ *“o modelo comunitário caracteriza-se essencialmente pela descentralização dos serviços de prestação dos cuidados de saúde mental por forma a aproximá-los da população; pela desinstitucionalização, através da prestação dos cuidados em regime ambulatorio e em hospitais gerais, a fim de obstar os internamentos e permanência em hospitais psiquiátricos e com o objetivo mais amplo de combater a estigmatização de que os doentes mentais são alvo; e pela reintegração, na medida em que a política de saúde mental não se esgota na prevenção, cura ou controlo de patologias, mas se dirige à reinserção social, profissional e familiar do individuo, com a implicação em tal desidrato da família e dos poderes e coletividades locais”*.

O n.º 2 prevê que a *“prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais de enfermagem e de reabilitação”*.

Vem a Lei da Saúde Mental, logo no art.º 1 estabelecer os objetivos da mesma, sendo estes os princípios gerais da política de saúde mental e regulando o internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica, i. e., contém bases gerais da política de saúde mental e o regulamento sobre o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente pessoas com doença mental.⁹⁴

As LSM versam em três pontos fundamentais da política de saúde mental nos art. ºs 2 e 3:

- a. Objetivos e interesses a proteger, cf. n.º 1 do art.º 2 LSM

Quanto ao n.º 1 torna-se patente a preocupação do legislador em não esgotar a questão da saúde mental estritamente no plano médico do tratamento das perturbações

⁹³ Ob. Citada, 2006, p. 12

⁹⁴ DESEMBARGADOR HELDER ROQUE; Obra Citada

psíquicas do indivíduo, antes ocupando-se igualmente de garantir as condições psíquicas necessárias ao livre desenvolvimento do “Ser”, da personalidade, e ainda da dimensão social de que a ciência psiquiátrica é especialmente contingente e na justa medida em que a enfermidade mental é causa de desadaptação social.⁹⁵

b. A forma adequada de proteção desses interesses, cf. n.º 2 do art.º 2 LSM

No que respeita às medidas de efetivação dos objetivos da saúde mental, traduzem-se elas em ações de prevenção primária (destinadas à redução da frequência das psicopatologias através da contenção dos fatores que as determinam), prevenção secundária (diagnóstico e tratamento da psicopatologia) e prevenção terciária (dirigidas à reabilitação/reinserção social do indivíduo e redução das consequências incapacitantes da enfermidade).⁹⁶

c. Os princípios gerais a observar nas formas escolhidas de prossecução daqueles objetivos, cf. art.º 3 LSM

A LSM quanto ao internamento compulsivo parece conformar-se com os valores constitucionais cf. al. b) do n.º 1 do art.º 3 “*os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível*”.⁹⁷

Só pode ser determinado quando for a única forma de garantir e submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe derem causa e “*só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa*”.

DIREITOS E DEVERES

Todo o cidadão tem o direito à proteção da saúde, cf. o estipulado no art.º 64 CRP e na Lei de Bases da Saúde⁹⁸.

⁹⁵ FERNANDES DA FONSECA; *Psiquiatria e Psicopatologia*, Vol. II, Lisboa, FCG, 1987, p. 806, 809 e 811

⁹⁶ FERNANDES DA FONSECA; *Obra Citada*

⁹⁷ JOSÉ CARLOS VIEIRA DE ANDRADE; *Obra Citada*;

⁹⁸ Base XIV – Estatuto dos Doentes

Conjuntamente com tais direitos gerais os serviços de saúde mental reconhecem os direitos estabelecidos no art.º 5 LSM⁹⁹. Atendendo ao mencionado artigo transparece que o legislador optou pela exigência do consentimento informado derivado do princípio da autonomia.

Para Rui Coelho e Sónia Ramos¹⁰⁰, para que se possa produzir o consentimento informado, ética e legalmente previsto, é necessário que estejam presentes os seguintes requisitos: competência, exposição, compreensão, voluntariedade e consentimento.

1- Os utentes têm direito a:

- a. Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;
 - b. Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei;
 - c. Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito;
 - d. Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;
 - e. Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;
 - f. Receber, se o desejarem, assistência religiosa;
 - g. Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for o caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos;
 - h. Construir entidades que os representem e defendam os seus interesses;
 - i. Constituir entidades que elaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimento de saúde.
 - j. Os utentes devem:
 - k. Respeitar os direitos e de outros utentes
 - l. Observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos
 - m. Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação
 - n. Utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas
 - o. Pagar os encargos que derivem da prestação de cuidados de saúde, quando for caso disso.
-
- a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis;
 - b) Receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade;
 - c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros;
 - d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito;
 - e) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação;
 - f) Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;
 - g) Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença;
 - h) Receber justa remuneração pelas atividades e pelos serviços prestados;
 - i) Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.

¹⁰⁰ COELHO, Rui; RAMOS, Sónia. Setembro de 2015. Aspetos éticos da saúde mental (parte I). Cadernos de Bioética. Ano XVI, n.º 39. Coimbra: Gráfica de Coimbra. p. 337

Antunes apud Coelho e Ramos¹⁰¹, veio referir que tais elementos foram organizados por Beauchamps e Childress, em que entendiam que eram necessários elementos essenciais ou condições prévias, elementos informativos e elementos do consentimento. Quanto aos primeiros era necessária competência para entender e decidir e voluntariedade para decidir. No que toca aos elementos informativos consistiam na exposição da informação material, a recomendação de um plano e a compreensão da exposição e recomendação. Os últimos elementos, os do consentimento, são a decisão a favor de um plano e a autorização do plano eleito. No que toca ao plano do consentimento será oportunamente desenvolvido posteriormente em sede de análise do internamento compulsivo.

A al. b) do art.º 5 LSM vem afirmar o direito à proteção da saúde com respeito pela privacidade da vida pessoal e familiar do doente, privacidade na prestação de atos médicos, respeito pela sua vontade e, em geral, pela sua dignidade enquanto ser humano, direito consagrado na CRP.

As al. s f), g) e h) do mesmo preceito legal reforçam o princípio da dignidade humana determinando condições de habitabilidade, higiene, segurança respeito privacidade, comunicação com o exterior, visita de familiares, assegurando até uma justa remuneração por eventuais atividades e serviços prestados.

A al. i) vem acolher o direito proclamado na al. g), n.º 1 da Base XIV que consiste no direito de reclamar e fazer queixa para os utentes dos serviços de saúde em geral, vindo a LSM reforçar tal direito.

A LSM também vem consagrar uma serie de direitos e deveres processuais do internando, direitos e deveres esses estipulados no art.º 10 LSM.

Antes de mais há que esclarecer qual o significado do internando, que nos termos da al. c) do art.º 7 LSM é “aquele que é portador de anomalia psíquica submetido ao processo conducente às decisões previstos nos art. ºs 20 e 27 LSM, isto é, às decisões do internamento compulsivo.

Assim, o internando goza, em especial, dos direitos de:

“a) ser informado dos direitos que lhe assistem;

¹⁰¹ Obra Citada, Parte II, 2005 – p. 337

b) estar presente aos atos processuais que diretamente lhe disserem respeito, exceto se o seu estado de saúde o impedir;

c) ser ouvido pelo juiz, sempre que possa ser tomada uma decisão que pessoalmente o afete, exceto se o seu estado de saúde tornar a audiência inútil ou inviável;

d) ser assistido por defensor, constituído ou nomeado, em todos os atos processuais que diretamente lhe disserem respeito e em que não esteja presente;

e) oferecer provas e requerer as diligências que se lhe afigurem necessárias”

Afigura-se logo a semelhança do artigo supra em que se define o estatuto de doente sujeito a internamento compulsivo com o estatuto de arguido em processo penal (cf. art.º 61 CPP).

Em ambos os casos de internamento compulsivo, quer ordinário (p. nos art. ºs 12 e ss. LSM) quer no de urgência (p. nos art. ºs 22 e ss. LSM) deve o internando ser informados dos seus direitos e deveres, cf. art.º 15 LSM.

O direito do internando estar presente em todos os atos processuais advém da consagração da al. b) do n.º 1 do art.º 15 LSM acautelando em parte o princípio do contraditório, em conjugação com a al. c) do mesmo dispositivo legal que garante a imediação com a prova e com o juiz,” exceto *se o seu estado de saúde o impedir*”, cf. al. b) in fine.

Para Latas e Vieira¹⁰², o princípio do contraditório encontra-se na al. c) do art.º 15 LSM quando confere “*genericamente ao internando o chamado direito de audiência, que se traduz na oportunidade que lhe é dada de influir no decurso do processo, a todo o tempo, através da sua audiência pelo tribunal.*”

A al. d) consagra o direito a ser assistido por defensor nomeado ou constituído, sendo que o Advogado deve estar presente em todos os atos processuais em que o internando participar, assim como nos que lhe digam diretamente respeito e em que o internando não esteja presente, como por ex. as sessões conjuntas em que o seu estado de saúde não lhe permita estar presente.

¹⁰² LATAS, A. J., VIEIRA, F.; Notas e comentários à Lei de Saúde Mental, Coimbra Editora, Coimbra, 2004; p. 71

Também direito próprio do estatuto de um sujeito processual é o direito, estabelecido na al. e), a oferecer provas e a requerer as diligências que se lhe afigurem necessárias, em que o internando poderá indicar testemunhas ou juntar documentos, embora se diga, da experiência profissional que não ocorre, pois, o juiz pode desde logo, caso entenda desnecessária a prova requerida, inferir a produção dela, com a devida fundamentação, cf. art.º 16 LSM.

Não só de direitos regula a LSM, nesta também se encontra discriminado alguns deveres. O dever de se submeter a avaliação clínico-psiquiátrica, quer nos casos de internamento ordinário, cf. art.º 17 LSM, quer no início do procedimento do internamento de urgência (tendo o internando o dever de se submeter a assistência médica prestada, sendo desta forma reforçado o estipulado na al. c) do n.º 1 do art.º 5 LSM, em que nas situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros, encontra-se dispensado o consentimento informado do internando ou de legal representante), cf. art.º 24 LSM ou ainda antes de ser proferida a decisão final a que se reporta o art.º 27 LSM. Ao internado é ainda imposto o dever de se sujeitar às medidas necessárias, para ser submetido a avaliação clínica enquanto diligência probatória obrigatória, cf. art.º 17, n.º 3 LSM, à condução para prestação de assistência médica de urgência, cf. art. ºs 23 e 24 LSM, bem como à sua condução para tornar efetivo o internamento judicialmente decidido, cf. art.º 21 LSM.

INTERNAMENTO COMPULSIVO

O Internamento Compulsivo encontra-se estabelecido no Capítulo II da LSM. Segundo António Reis Marques, et al, não se deveria denominar Internamento Compulsivo, mas sim Tratamento Compulsivo.¹⁰³

Relativamente ao internamento compulsivo e segundo a American Psychiatric Association (2002), considera como critérios:

¹⁰³ MARQUES, António dos Reis, Lei da saúde mental e internamento compulsivo, *in* A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 111 a 119, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora;

- A existência de perturbação mental grave;
- razoável expectativa de tratamento eficaz;
- Recusa ou incapacidade para consentir na admissão voluntária;
- Falta de capacidade para dar consentimento informado;
- Perigo de dano, aos outros e a si, mesmo a consequência da perturbação.

Estes critérios, no entender de Ricou (2004) visam diminuir a possibilidade de ocorrência de equívocos, beneficiando assim a pessoa; por outro lado, a privação da liberdade resultante da aplicação desta medida, deve resultar num benefício para a pessoa, de forma que, tão breve quanto possível, esta a possa usufruir e gozar plenamente, não devendo ser entendida como uma medida de proteção dos interesses da sociedade, o que levaria a entender a doença mental como uma projeção da sociedade, como defendem Foucault (1994) e Szasz (1982) citado por Ricou (2004). Para Taborda (1996), para haver um internamento compulsivo deverá haver doença mental (exceto transtorno antissocial da personalidade) e, no mínimo, uma das seguintes condições: risco de autoagressão, risco de hetero-agressão, risco de agressão á ordem pública, risco de exposição social, incapacidade grave de autocuidados.

Em momento algum a LSM estabelece idade mínima para o internamento compulsivo, nem o mesmo se pode retirar, a contraio a al. b) do art.º 7 – que define o internamento voluntário – em que o internamento a solicitação do portador de anomalia psíquica ou a solicitação do representante legal de menor de 14 anos. Pelo que nos deveremos guiar e respeitar os princípios e normas consagrados na LSM, bem como a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo¹⁰⁴ e a Lei Tutelar Educativa¹⁰⁵.

A LTE no seu art.º 1, não limita ao internamento compulsivo as crianças com idades compreendidas entre os 12 e 16 anos para além da LSM, fazendo mesmo a remissão para os serviços de saúde mental quando o menor sofra de anomalia psíquica, cf. art.º 49 LTE, podendo então em caso de recusa ou oposição do menor ou dos seus representantes ser requerido o internamento compulsivo, desde que verificados os requisitos do art.º 12 ou

¹⁰⁴ Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, alterada pela Lei N.º 31/2003, de 22 de agosto e pela Lei N.º 142/2015, de 8 setembro, que procedeu á sua republicação.

¹⁰⁵ Lei 166/99, de 19 de setembro, de acordo com as alterações introduzidas pela Lei N.º 4/2015, de 15 de janeiro, que procedeu à sua republicação

do art.º 22 LSM, passando a internamento voluntário quando após os 14 anos se mostre capaz de prestar consentimento.

Quanto a crianças de idade inferior a 12 anos às quais não se aplica a LTE é de opinião António João Latas e Fernando Vieira¹⁰⁶ que o legislador optou claramente por poderem aquelas ser internadas compulsivamente, nos casos a que se reporta o art.º 12 LSM e nas contempladas no art.º 22 LSM. Para Figueiredo Dias¹⁰⁷ o legislador optou pelo modelo judiciário ao regular o internamento compulsivo. No entanto, para João Vaz Rodrigues¹⁰⁸ este “*princípio da judicialidade*” revela-se com alguma ineficácia quando aplicado na sua pureza às situações de emergência suscitadas por casos graves de perigosidade de pacientes que padeçam de doenças do foro mental, isto porque a morosidade que envolve qualquer processo de averiguação judicial da realidade não se revela adequada a casos em que a patologia determine agressividade e, em consequência, perigo para as pessoas e/ou bens. Face ao exposto, João Vaz Rodrigues¹⁰⁹ entende que “estas razões levam alguns autores e especialistas a defenderem dever ser arredada do regime legal que regula as intervenções em matéria de saúde mental, com maior ou menos extensão, a vida judicial louvando antes um regime terapêutico”.

Pesembora a natureza judicial, a LSM, dá um papel determinante à intervenção psiquiátrica, uma vez que o tribunal não pode decidir o internamento sem parecer médico que o considere adequado, bem como, não se pode substituir o internamento compulsivo por tratamento ambulatorio compulsivo sem a decisão do psiquiatra assistente (cf. art.º 33 LSM), ou ainda a cessação do internamento sem alta dada pelo diretor clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do serviço de saúde onde decorreu o internamento, independentemente de qualquer intervenção do tribunal (cf. art.º 34 LSM), residindo assim o princípio da fundamentação clínico-psiquiátrica.

¹⁰⁶ Ob. Citada, 2004, p. 96

¹⁰⁷ Ob. Citada, 2000, p. 61

¹⁰⁸ Ob. Citada, 2001, p.311/12

¹⁰⁹ Ob. Citada, 2001, p. 312

Afirmam Cunha Rodrigues¹¹⁰ e Pedro Soares de Albergaria¹¹¹ tratar-se de um modelo misto, bem como Vieira de Andrade¹¹² que diz tratar-se de um “modelo misto de decisão médica e judicial”.

Ireneu Cabral Barreto¹¹³ reforça esta ideia quando nos diz que: “A jurisprudência do TEDH não exige que a decisão judicial de internamento seja tomada por um tribunal. Basta que essa decisão emane de um órgão ou autoridade independente, ou seja, e nomeadamente, uma outra distinta daquela entidade que propõe a medida de internamento. O sistema português mostra-se a este nível mais garantístico, porquanto exige para o internamento compulsivo uma decisão judicial (art.º 7, al. a) e art.º 19, n.º 2 LSM), na sequência de um processo onde estão acauteladas as garantias do internando, no respeito dos princípios do contraditório e da igualdade de armas – cf. art.º 6 e ss. LSM.

PRESSUPOSTOS DO INTERNAMENTO COMPULSIVO

CONCEITO DE ANOMALIA PSÍQUICA E O SEU CONCEITO INDETERMINADO

Sendo a anomalia psíquica um conceito indeterminado por não ter estabelecido em diploma algum o seu conceito legal pode compreender-se por anomalia psíquica: qualquer perturbação das faculdades intelectuais ou intelectivas (afetando a inteligência, a percepção ou a memória) ou das faculdades volitivas (atinente quer à formação da vontade, quer à sua manifestação). Há enfermidades mentais nas quais o primeiro aspeto permanece suficientemente intato, mas que a componente volitiva surge alterada.

O nosso legislador prescindiu de fornecer uma definição do conceito de anomalia psíquica, o que constitui um necessário reenvio às correspondentes noções científicas,

¹¹⁰ Ob. Citada, 2000, p. 42

¹¹¹ Ob. Citada, 2006, p. 24

¹¹² Ob. Citada, 2000, p. 84

¹¹³ BARRETO, Ireneu Cabral; A Convenção Europeia dos Direitos do Homem e os Direitos dos Doentes Mentais. Revista de Psiquiatria. N.º 2. Vol. XIII. P. 113. Maio/agosto 2000

medico-psiquiátricas, na sua contínua evolução, permitindo a atualização do seu conteúdo.¹¹⁴

Segundo Hélder Roque¹¹⁵, o conceito de anomalia psíquica pressuposto pela nova lei é o de um estado de perturbação de consciência ou de perturbação do equilíbrio psíquico, relativamente a um padrão de cidadão considerado normal, mas suscetível de tratamento adequado.

Á falta de uma definição legal, sempre podemos socorreremo-nos da definição de anomalia psíquica retirada do Código Civil, em que estabelece nos seus art.º 153 e ss que padece de anomalia psíquica quem não tenha capacidade de governar a sua pessoa e bens.

Requisito basilar do internamento compulsivo é o que se trate de uma anomalia psíquica grave, associada às restantes circunstâncias que determinam duas modalidades: a primeira, o internamento de perigo e a segunda o internamento tutelar. Na primeira modalidade, i. é, internamento de perigo, está em causa uma anomalia psíquica adequada, ou por força desta, a uma situação de perigo para bens jurídicos de relevante valor, tendo como componente expresse a recusa de submeter-se a tratamento. Assim, nesta hipótese, é por estarem em causa valores comunitários, que se pode ultrapassar a falta de acordo do internando. O pressuposto de perigosidade é talvez de todos os que mais dificuldades suscitará ao médico e ao juiz: quer porque é reconhecidamente ténue a relação entre psicopatologia e comportamento perigoso (máxime, violento) quer porque o estado de perigosidade não é permanente e imutável, podendo mesmo apresentar-se contextual e específico¹¹⁶. Situação de perigo esta que respeite a bens jurídicos de relevante valor, próprios ou alheios e de natureza pessoal ou patrimonial, entenda-se que tal designação só poderá ter como proteção interesses essenciais à preservação da sociedade e ao livre desenvolvimento da personalidade humana, legitimando assim o internamento de perigo.

¹¹⁴ Cf. Acórdão do Tribunal da Relação do Porto, Proc. N.º 0535475, in <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/0/67d096fab14ced4c802570b20053968e?OpenDocument> e Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, Proc. N.º 2228/08.6TVLSB.L1-1, in <http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/a31fd69ccea73b5d80257d5d002fc25b?OpenDocument&Highlight=0,Lei,N.%C2%BA,36%2F988> – vide ANEXO B

¹¹⁵ Cf. Desembargador Hélder Roque, in Reflexão sobre a nova lei de saúde mental, in A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 124

¹¹⁶ Cf. Francisco Santos Costa, Perigosidade e medidas de segurança. Reflexões a propósito de um caso de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica. Revista da Associação para o Estudo, Reflexão e Pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental, I (1996), 1, pp. 63-64

Assim, deverá existir uma adequada relação causal entre a anomalia psíquica e a situação de perigo.

Na segunda modalidade, i. é, internamento tutelar, estamos perante uma situação em que a ausência de tratamento deteriora de forma acentuada o estado do doente, não possuindo o mesmo o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento (cf. n.ºs 1 e 2 do art.º 12 LSM). Assim, perante esta hipótese, este internamento independentemente da perigosidade do internado pretende defender a saúde, de quem, estando em risco de ruína, não esteja em condições de se determinar a tratamento.

A Lei de Saúde Mental adota um modelo em que podem ser intervenientes o Ministério Público, a família, o representante legal, a polícia, culminando num modelo misto de decisão médica e judicial. Assim faz depender o internamento da conjunção de dois poderes e dois juízos: uma decisão médica e especializada e uma decisão judicial.

Nos termos do art.º 16, 13, n.º 3 e 17 da LSM a avaliação clínico-psiquiátrica depende de dois médicos especialistas de realização obrigatória e de juízo técnico-científico estando assim subtraído à livre apreciação do juiz (exceção esta ao brocardo que determina que o juiz é o perito dos peritos).

Ainda assim, a decisão final cabe ao juiz, devendo especificar as razões clínicas e também a justificação de internamento (cf. art.º 20 LSM). Não poderá haver internamento compulsivo sem que dois psiquiatras dos serviços oficiais de assistência o considerem adequado, muito embora do art.º 18 da LSM não se conclua expressamente que seja necessário o acordo entre os segundos psiquiatras, mas essa parece ser a interpretação mais adequada no contexto da norma.

Nestes termos, não é linear que face a uma avaliação médica favorável ao internamento, o juiz tenha que decretar o internamento *tout court*. Primeiramente ouvirá os interessados, e o Ministério Público, considerando se todos os pressupostos legais, se encontram verificados ao caso concreto, e mais se se justifica uma intervenção judicial restritiva da garantia constitucional da liberdade dos cidadãos.

Estamos perante uma lei intencionalmente elaborada no respeito e á luz das indicações constitucionais relativas aos direitos fundamentais. Está a garantia da liberdade resultante da intervenção judicial que em sede de recurso ou de controle periódico de uma decisão

médica, mas ao nível da própria decisão de internamento, facto que é importante sobretudo para prevenir internamentos abusivos.

A Lei da Saúde Mental suscita vulnerabilidades no que respeita aos pressupostos, já que as garantias procedimentais parecem ser mais que suficientes e poderão até porventura ser consideradas ou virem a revelar-se excessivas.

Existe uma indefinição sobre bens de relevante valor próprio, em especial os de natureza patrimonial, cujo perigo poderá justificar o internamento compulsivo de pessoas capazes de consentir, ficando a dúvida: saber se não estaremos aqui à vista de um alargamento desproporcionado das hipóteses de privação da liberdade.

A própria previsão do internamento tutelar, independentemente da perigosidade para bens jurídicos relevantes, embora condicionadas à falta de discernimento, pode incubar uma prática salutista ofensiva do direito de liberdade e à diferença¹¹⁷.

No Ordenamento Jurídico Português, vigora o art.º 17 da Resolução do Conselho de Ministros N.º 19/2011, que estipula:

“1- As expressões e conceitos a utilizar no ato normativo dever ser utilizados com o sentido que tem no ordenamento jurídico.

2- O sentido e o alcance das expressões e conceitos dever ser uniformes ao longo de todo o diploma.

3- Quando tal se mostre necessário para a uniformização dos sentidos de expressões ou conceitos essenciais de um ato normativo, podem ser introduzidas normas definitórias.”

Assim, segundo as regras da legística a observar na elaboração de atos normativos da Assembleia da República estabelece as mesmas que: os conceitos utilizados devem manter o mesmo significado ao longo do ato normativo (uniformidade interna) e o sentido atual que têm no ordenamento jurídico e já utilizado noutros atos (uniformidade externa).

¹¹⁷ Cf. José Carlos Vieira de Andrade, obra citada;

Sempre que for necessário, para manter a uniformidade dos conceitos essenciais, pode ser introduzida normas que os definam, as quais devem ser enunciadas no início do ato normativo e conter o respetivo significado¹¹⁸.

Sempre que haja necessidade do ordenamento jurídico regular áreas especializadas, justifica-se que em alguns atos normativos, se utilizem conceitos técnicos e científicos. Esta utilização deve, no entanto, ser feita só quando estritamente necessária e tendo em conta o âmbito material do ato e os seus destinatários.

Dever-se-á recorrer a normas de definição sempre que o ato tiver como destinatários as pessoas que não pertençam a uma determinada área especializada para descodificar os conceitos utilizados.

Quando houver necessidade de apresentar exemplos ou referências que não se compadeçam com a construção do texto articulado, devem utilizar-se anexos para efetuar essas explicações¹¹⁹.

CONSENTIMENTO VS CONSCIÊNCIA

Atento ao conteúdo da al. a) do n.º 1 do art.º 5 LSM (“*ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis*”), denota-se a preocupação do legislador pela exigência de consentimento informado. Segundo Rui Coelho e Sónia Ramos¹²⁰ para que se possa produzir o consentimento informado, ética e legalmente previsto, é necessário que estejam presentes os seguintes requisitos: competência, exposição compreensão, voluntariedade e consentimento. Fendo Beauchamp e Childress¹²¹ organizam os elementos que consideram necessários em: elementos essenciais ou condições prévias (é necessária competência para entender e decidir e voluntariedade para decidir), elementos informativos (exposição da informação

¹¹⁸ Regras de legística a observar na elaboração de atos normativos da Assembleia da República, p. 24
Guia prático de regras a observar na redação de atos normativos da Assembleia da República, 1.3

¹¹⁹ Regras de legística a observar na elaboração de atos normativos da Assembleia da República, p. 25
Guia prático de regras a observar na redação de atos normativos da Assembleia da República, 1.4

¹²⁰ COELHO, Rui; RAMOS, Sónia. Setembro de 2015. Aspetos éticos da saúde mental (parte I). Cadernos de Bioética. Ano XVI, n.º 39. Coimbra: Gráfica de Coimbra. p.337

¹²¹ Antunes apud Coelho e Ramos, 2005, p. 337

material, a recomendação de um plano e a compreensão da exposição e recomendação) e elementos do consentimento (decisão a favor de um plano e a autorização do plano eleito).

Socorrendo-nos do art.º 157 do Código Penal verifica-se que este prevê a exceção à exposição da informação material, denominada de privilégio terapêutico, que permita ao médico ocultar a informação ao doente.

Para a Dra Margarida Figueiredo¹²² compete ao psiquiatra *“informar, negociar, mostrar vantagens, esclarecer os contras e enfatizar os prós. Se as autoridades já estão presentes para socorrer-se do seu peso, comprometer o doente com os resultados da sua recusa, ao mesmo tempo que tenta preservar a relação terapêutica ameaçada pela funda discordância”*, ou seja, a de não se querer tratar, levantando-se, desde logo, a questão sobre a capacidade de decisão e autodeterminação do doente mental.

Segundo João Barreto¹²³ a capacidade para consentir é um conceito que se aproxima do de capacidade civil ou o de imputabilidade penal, mas não se lhes sobrepõe inteiramente. Acrescentando que, o consentimento informado assenta em *“determinados pressupostos: a informação prestada ao doente pelo médico, a possibilidade de ele formular uma escolha livre, e a competência ou capacidade para o fazer”*. Quanto a este ultimo pressuposto pode desde logo levantar-se a duvida se os doentes mentais têm essa capacidade. Perante tal duvida, João Barreto¹²⁴ diz-nos que há diferentes níveis ou graus de consentimento: que o grau mais elementar é o simples assentimento passivo do doente que deixa o medico atuar sem fazer objeção; que a seguir virá o caso em que o doente tem conhecimento, nem que seja por alto, dos atos a praticar e da situação clinica que os justifica; que num nível superior, o consentimento supor a capacidade de tratamento racional da informação, pesando as alternativas em jogo e deduzindo as suas consequências, e o grau mais elevado será aquele em que o doente apreciou, não só cognitiva como afetivamente, a situação concreta, previu e ponderou as consequências sobre si e os seus, das escolhas possíveis, e avaliou os seus próprios recursos psicológicos

¹²² FIGUEIREDO, Margarida, Para que serve uma lei de Saúde Mental? Reflexões e práticas. Revista da Ordem dos Médicos, ano 16, N.º 20, Fev./Março, 2001, p.21

¹²³ BARRETO, João, A capacidade mental para consentir. In Taborda, Mário (Coord.), Ética em Psiquiatria, Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, 1992, p. 215

¹²⁴ Ob. Citada 1992, p. 216

de adaptação, concluindo assim que “*ao julgar da capacidade do doente para consentir, tem que especificar qual o nível que se está a exigir*”¹²⁵.

Toda a problemática do consentimento pode ser suprido quer quando estamos perante internamento compulsivo, como nos casos de internamento de urgência, pois o portador de anomalia psíquica grave não possui o discernimento exigido para avaliar o sentido e alcance do consentimento e a ausência das intervenções diagnóstica e terapêuticas propostas poderão deteriorar a forma acentuada o seu estado, de modo a criar riscos para o próprio ou terceiros, assim o tribunal decreta o internamento suprimindo assim o consentimento.

Cristina Albuquerque e Emília Albuquerque¹²⁶ entendem que nos casos de recusa expressa de tratamento/internamento o médico não se deve demitir de informar o doente sobre o plano de tratamento e alternativas ao mesmo, no sentido de lhe fornecer informações suficientes em relação à decisão a tomar, tentando assim contornar a deficiência da vontade do doente.

Problemática do consentimento é a sujeição à electroconvulsioterapia ou eletrochoque, que consiste em sujeitar o doente a um choque elétrico nas regiões sitemporais para provocar uma convulsão, o que se tem revelado eficaz sobretudo no tratamento de depressões graves resistentes e psicofármacos, bem como nos quadros catatónicos agudos¹²⁷ tendo como risco de efeitos secundários: tumores cerebrais ou mentais orgânicos, enfarte de miocárdio e outras graves afeções circulatórias assim como perturbações amnésicas e distúrbios neuróticos¹²⁸.

Esta terapia é utilizada conjuntamente com anestésicos, exigindo-se na al. d) do n.º 3 do art.º 5 LSM o consentimento escrito do paciente ou por legal representante “*quando o doente seja menor de 14 anos ou não possuam os discernimentos necessários para avaliar o sentido e alcance do consentimento*”.

¹²⁵ Ob. Citada 1992, p. 216

¹²⁶ ALBUQUERQUE, Cristina e ALBUQUERQUE, Emília, Internamentos e Tratamentos Compulsivos em Psiquiatria, in Taborda, Mário (Coord.). Ética em Psiquiatria. Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, 1992, p. 80/1

¹²⁷ Ob. Citada, p. 16

¹²⁸ Ob. Citada, p. 40

Igualmente carece de aceitação do doente, nos termos da al. e) do n.º 3 do art.º 5 LSM a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação (encontrando-se as mesmas reguladas em legislação própria.

PRESSUPOSTOS TOUT COURT

Os pressupostos substantivos do internamento encontram-se descritos no art.º 12 LSM, tratando-se de medidas administrativas de natureza médico-assistencial quer no caso do n.º 1 – internamento de perigo, quer no caso do n.º 2 – internamento tutelar¹²⁹. Quanto ao primeiro, é quando a anomalia é causa adequada de uma situação de perigo para bens jurídicos de relevante valor e a pessoa se recusa a submeter a tratamento; quanto ao segundo, a ausência de tratamento deteriora de forma acentuada o seu estado, não possuindo o internando o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento.

O referido artigo da LSM exige que para se proceder ao internamento de perigo se encontrem reunidos alguns requisitos:

- a. Que o doente seja portador de anomalia psíquica grave;
- b. Que tenha lugar a criação de uma situação de perigo para bens jurídicos próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, de revelante valor;
- c. Que se verifique um nexo causal entre a anomalia psíquica e a situação de perigo criada para os aludidos bens jurídicos;
- d. Que ocorra recusa do portador de anomalia psíquica em submeter-se ao necessário tratamento médico.

Mais refere o mesmo dispositivo legal que para que se efetive o internamento tutelar devem estar preenchidos os seguintes requisitos:

- a) Anomalia psíquica grave;
- b) Falta de discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento;
- c) Deterioração acentuada do estado do doente, por falta de tratamento.

¹²⁹ Vieira de Andrade, cit. 83

Celeuma doutrinária tem corrido tinta ao redor do art.º 12 LSM. Se por um lado Pedro Correia Gonçalves¹³⁰ e Hélder Roque¹³¹, entende o primeiro que este enferma de inconstitucionalidade material, uma vez que abre a porta a um vasto leque de situações em que pode ter lugar um internamento compulsivo; enquanto que o segundo afirma que a mesma padece de “... *flagrante e múltipla inconstitucionalidade material, por violação dos preceitos constitucionais que tutelam a salvaguarda da liberdade dos cidadãos, seja a liberdade de circulação, propriamente dita, seja a liberdade de decisão, relativamente a atos que apenas têm reflexos sobre a pessoa do próprio cidadão.*”, acrescenta o autor que a inconstitucionalidade também resulta, “... *não obstante a Nova Lei enunciar alguns princípios moderadores das potencialidades de aplicação do art.º 12, ao permitir-se, com base numa interpretação mais literal ou menos criteriosa da lei, que a privação da liberdade, em que se traduz o internamento compulsivo, se faça, nalguns casos, por forma a poder não observar os princípios de adequação e da proporcionalidade da reação social, em relação a determinada situação potencial de criação de perigo de lesão de bens jurídicos, por parte do cidadão portador de anomalia psíquica.*”

DESENCADear DO PROCESSO

LEGITIMIDADE

Quanto à legitimidade para requerer o internamento compulsivo, vem o art.º 13 LSM atribuir ao representante legal do portador de anomalia psíquica, que podem ser tanto os progenitores no exercício das responsabilidades parentais, como o tutor de menor que se encontre em algumas das situações previstas no art.º 1921 CCiv.

Quanto aos progenitores não se exige o acordo de ambos uma vez que, o requerimento compulsivo não é formulado em nome do incapaz e não constitui um ato de representação do menor, de suprimimento da sua incapacidade, como corre no internamento voluntário de menor, pelo que qualquer dos progenitores tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo.

¹³⁰ GONÇALVES, Pedro Correia; O Estatuto Jurídico do Doente Mental. Com referência à Jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. 2009. Lisboa: Quid Iuris P. 162/3

¹³¹ Ob. Citada, p. 129

Tratando-se de menor com idade inferior a 14 anos, em que os progenitores estejam de acordo sobre a necessidade de internamento, os mesmos não têm legitimidade para requerer o internamento compulsivo por falta de interesse em agir, porque face à presunção legal de incapacidade do menor para consentir, que se encontra prevista na al. b) do art.º 7 da LSM e atendendo ao conteúdo das responsabilidades parentais, os mesmos podem solicitar o internamento voluntário, não sendo relevante a oposição ao internamento por parte do menor. O mesmo ocorre quando as responsabilidades parentais estejam atribuídas apenas a um progenitor que pretende o internamento de menor de 14 anos de idade, uma vez que o mesmo pode solicitar sozinho o internamento voluntário do menor. Quando exista um exercício conjunto de ambos os progenitores e um se oponha à necessidade de internamento pode ver esta situação ultrapassada pelo facto do n.º 1, do art.º 13 LSM conferir legitimidade enquanto representante legal, sendo depois o outro progenitor notificado para exercer o contraditório, nos termos do n.º 2 do art.º 15 LSM.

Mais tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo qualquer pessoa que tenha a legitimidade para requerer a interdição do portador de anomalia psíquica nos termos do art.º 14 CCiv.

Para além destes tem ainda legitimidade para requerer o internamento compulsivo as autoridades de saúde pública e o Ministério Público.

Quando algum médico verifique, no âmbito das suas funções, que o internamento compulsivo seria adequado ao estado do doente, deve comunicar à autoridade de saúde pública competente para que esta possa requerer o internamento.

A LSM ao não conceder legitimidade aos médicos, veio segundo Pedro Soares de Albergaria¹³² “*salvaguardar a essencial relação de confiança entre médico assistente e doente, sem porem fechar a porta a uma intervenção daquele no despoletar do processo, onde na ponderação concreta dos valores em jogo aquela relação de confiança não deva sobrepor-se, em toda a extensão, aos interesses subjacentes a um internamento compulsivo*”. Trata-se de um justificado afastamento do segredo a que o medico se encontra sujeito nos termos da al. c) do n.º 13 do EOM, bem como dos art. ºs 85 e ss. do CDM.

¹³² Ob. Citada, 2006, p. 47

A LSM confere ainda legitimidade, no seu n.º 3 do art.º 13 ao diretor clínico do estabelecimento onde o portador de anomalia psíquica esteja voluntariamente internado, precavendo-se assim, as situações em que o internado decida deixar o internamento, apesar do ponto de vista terapêutico.

REQUERIMENTO

O requerimento nos termos do art.º 14 LSM, deve ser formulado por escrito e sem qualquer formalidade especial. Embora deva ser dirigido ao Tribunal competente, conter a identificação do requerente e do internando, e a descrição dos factos que fundamentam a pretensão do requerente¹³³.

Com o presente documento deve ser junto relatórios clínico-psiquiátricos ou psicossociais relativos ao internando ou outros elementos importantes, uma vez que podem ser os mesmos tidos em conta aquando a avaliação clínico-psiquiátrica ou de outra natureza probatória, assim como pode o juiz tê-lo em consideração antes de tomar qualquer decisão.

Deve-se ainda, nos termos dos n.ºs 1 e 2 do art.º 15 LSM, indicar, sempre que possível, a identificação de familiar mais próximo para que possa posteriormente ser notificado.

Questão que se põe é quando o requerimento inicial se encontra ferido de omissões ou irregularidades, onde se deve aplicar o n.º 3 do art.º 287 CPP, de acordo com o qual há indeferimento liminar do requerimento nos casos de incompetência do juiz ou por inadmissibilidade legal do internamento, sendo que devem aqui ser considerados os casos de ilegitimidade do requerente ou impossibilidade legal de dar início ao processo, quando por exemplo não é possível identificar o internando. A omissão de quaisquer outros elementos, ainda que possam ser relevantes e necessários, não deve levar à rejeição liminar do requerimento, mas antes ao suprimento dos elementos em falta em momento posterior, nomeadamente por indicação do tribunal nos termos do n.º 1 do art.º 16 LSM.

Quando o requerimento é rejeitado liminarmente por incompetência material ou territorial do tribunal, devemos aqui aplicar os n.ºs 1 e 2 do art.º 33 CPP, os quais dispõem que

¹³³ Cf. Modelo de requerimento da ARSLVT – vide ANEXO C

quando se verifique a incompetência material ou territorial e esta seja declarada pelo tribunal, o processo deve ser remetido para o tribunal competente.

TRÂMITES PROCESSUAIS

Quando o requerimento inicial não for liminarmente rejeitado e nos casos em que o requerente tiver sido convidado a esclarecer ou complementar os dados indispensáveis ao prosseguimento do processo, o mesmo o tiver feito, o juiz profere despacho a ordenar a notificação pessoal do internando, cf. n.º 1 do art.º 15 LSM, para que este seja informado dos direitos e deveres processuais que lhe assistem, os quais já tivemos oportunidade de abordar, bem como de que foi pedido o seu internamento e quais os respetivos fundamentos, tendo esta notificação por fim o exercício do contraditório.

No caso de o internando não conhecer ou não dominar a língua portuguesa, sendo esta língua a usar obrigatoriamente no processo, sob pena de nulidade, o juiz nomeará interprete idóneo ao internando, nos termos do art.º 92 CPP *ex vi* art.º 9 LSM.

Ao proferir despacho para notificar o internando, o juiz nomeia defensor oficioso, nos mesmos termos da nomeação no processo penal, cf. o Regime de Acesso ao Direito e aos Tribunais sendo que o internando pode a todo e qualquer tempo constituir mandatário, momento em que cessa a intervenção do defensor nomeado. Nomeado o defensor, deve o mesmo ser notificado, bem como o familiar mais próximo do internando que com ele conviva ou a pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, para no prazo de 5 dias, requerer o que tiverem por conveniente, podendo o defensor oficioso apresentar defesa técnica em nome e no interesse do internando, cf. n.º 2 do art.º 15 LSM.

O legislador vem ressaltar os casos em que o familiar mais próximo é o requerente, altura em que deverá ser notificado o familiar seguinte, estando assim assegurados os interesses do internando.

Quando não seja o Ministério Público a requerer o internamento compulsivo, deve ser aberta vista para no prazo de 5 dias requerer o que tiver por conveniente, cf. n.º 3 do art.º 5 LSM, podendo assim exercer o seu dever de fiscalização da legalidade.

Após todas as notificações, o juiz procede a todos os atos instrutórios em sentido estrito, quer isto dizer que o juiz determina a realização das diligências de investigação e recolha da prova que se lhe afigurem necessárias para proferir a decisão final cf. os art. °s 20 e 27 LSM.

Tem ainda o juiz nos termos do disposto no n.º 1 do art.º 16 LSM, que determinar, obrigatoriamente, a realização da avaliação clinico-psiquiátrica do internando, exceto se o internamento compulsivo tiver lugar no decurso de um internamento voluntario e o requerente for o diretor clinico do estabelecimento, em que pode ser prescindindo e o juiz designar de imediato data para a realização da sessão conjunta nos termos do art.º 18 LSM.

A dispensa de avaliação clinico-psiquiátrica no caso de estar anteriormente em internamento voluntario e o requerente do internamento compulsivo ser o diretor clinico do estabelecimento é justificada pelo facto de haver, presumivelmente, um parecer medico-psiquiátrico prévio e atualizado que conclua pela necessidade de internamento. A mesma solução valerá para o internamento compulsivo de inimputável, previsto no art.º 29 LSM.

Quando ordena a realização da avaliação clinico-psiquiátrica o juiz pode formular quesitos, quando entenda que a sua existência se revela conveniente, nos termos do n.º 1 do art.º 156 CPP *ex vi* art.º 9 LSM, podendo corresponder a factos e conclusões técnico-científicas a fim de se verificarem os pressupostos do art.º 12 LSM.

Deverá ser a data e local da realização da avaliação psiquiátrica pessoalmente ao internando, nos termos do n.º 1 do art.º 16 LSM, devendo ser igualmente ser notificada ao seu defensor, cf. n.º 10, art.º 113 CPP *ex vi* art.º 9 LSM.

AVALIAÇÃO PSÍQUICA-PSIQUIÁTRICA

A avaliação clínico-psiquiátrica é obrigatória quer no internamento compulsivo em situações normais quer nas situações de urgência, não podendo o doente ser sujeito a internamento compulsivo sem que antes seja submetido ao ato médico da avaliação clínico-psiquiátrico, a qual é documentada em relatório¹³⁴. Nos casos do internamento de

¹³⁴ Exemplo de Relatório de Avaliação Clínico-Psiquiátrica – ANEXO D

urgência o doente é submetido à avaliação psiquiátrica antes de qualquer intervenção judicial, ou seja, é o ponto de partida para qualquer tratamento do doente.

Não se encontra estipulado na LSM o que se deve entender por avaliação clínica-psiquiátrica ou o seu conteúdo. Certo é que a avaliação clínica-psiquiátrica deve conter um diagnóstico da situação do doente a internar e um juízo sobre a necessidade do internamento como forma de tratamento do doente. Quanto ao diagnóstico, de acordo com as regras da prática médica, conterá a especificação das bases em que assenta a conclusão sobre a existência de um problema psiquiátrico em referência ao conceito de anomalia psíquica. E a formulação do juízo sobre a necessidade de internamento será deduzida do diagnóstico feito e daquilo que são as formas de intervenção adotadas na ciência psiquiátrica.

Facto basilar, é que a terminologia das avaliações clínico-psiquiátricas transcendam a médica, por forma a que os não-médicos possam compreender. Só na posse destes dados é que o tribunal poderá avaliar o grau de perigo e assim dar suporte a um internamento compulsivo.

Como dispõe o n.º 5 do art.º 17 LSM o juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do tribunal¹³⁵. Mais afastou assim o legislador o regime da avaliação da prova pericial constante no art.º 163 CPP (por força da aplicação subsidiária estipulada no art.º 9 LSM). Impõe também a LSM ao tribunal, o julgador, o respeito pelo juízo técnico-científico inerente às conclusões sobre a existência de uma anomalia psíquica e sobre a perigosidade da mesma.

Nos casos em que exista uma fundada dúvida sobre o sentido da avaliação clínico-psiquiátrica nas matérias que se encontrem a descoberto do especial regime de valoração de prova previsto no n.º 5 do art.º 17 LSM, as mesmas são resolvidas com recurso à segunda perícia cf. al. b) do n.º 1 do art.º 158 CPP, revestindo esta a natureza de uma nova avaliação clínico-psiquiátrica seguindo assim o regime previsto no art.º 17 LSM. Podendo, porém, esta, ser realizada sempre que se afigure necessária e “se revelar de interesse para a descoberta para a verdade”.

¹³⁵ Acórdão do Tribunal da Relação de Guimarães, Proc. N.º 2437/05-1 de 06-02-2006, in <http://www.dgsi.pt/jtrg.nsf/86c25a698e4e7cb7802579ec004d3832/e38711bce857a5f18025719c00513596?OpenDocument> – ANEXO E

No entender de António João Latas e Fernando Vieira¹³⁶ este recurso fica reservado para casos de especial complexidade, nomeadamente quando surgem divergências entre psiquiatras em avaliações consecutivas ou nos casos em que o internamento se prolonga por vários períodos de 2 meses (cf. art.º 35 LSM), sendo estas realizadas no Instituto Nacional de Medicina Legal, por forma a avaliação ser independente isenta de qualquer viés clínico assistencial.

Nos termos do n.º 1 do art.º 17 LSM a avaliação clínico-psiquiátrica deve ser realizada por dois psiquiatras num prazo de 15 dias podendo contar com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde. Dizendo-nos a experiência profissional junto dos processos de internamento compulsivo que os enfermeiros e auxiliares por acompanharem de perto e diariamente o doente de anomalia psíquica é de costume a sua colaboração na avaliação.

A lei permite, cf. n.º 3 do art.º 17 LSM que o internado quando não compareça, ou seja, previsível que não compareça na data designada, o juiz emite mandados de condução para assegurar a sua presença.

Após a avaliação, o relatório deverá ser remetido ao tribunal num prazo máximo de 7 dias cf. n.º 4 do art.º 17 LSM.

SESSÃO CONJUNTA

A sessão conjunta configura-se como um espaço de produção de prova que esclareça e aprofunda a informação que já resultava do processo para o debate sobre todo um conjunto de material probatório recolhido e o exercício do contraditório.

No caso de discordância entre psiquiatras quanto à avaliação clínico-psiquiátrica, devem aqueles apresentar cada um o seu relatório, tendo o juiz o poder para determinar que seja renovada a avaliação clínico-psiquiátrica a cargo de outros psiquiatras, cf. art.º 17 *ex vi* n.º 3 do art.º 18 LSM.

Entende assim Pedro Soares de Albergaria¹³⁷ que competirá ao juiz ter por farol os pressupostos normativos do internamento, tentando discernir em que medida o dissenso

¹³⁶ Ob. Citada, 2004, p. 123

¹³⁷ Ob. Citada, 2006, p. 57

perturba a segurança do juízo final, determinando a repetição da perícia ou pedindo esclarecimentos segundo o grau de dúvida.

No caso de a discordância ser entre os dois psiquiatras que realizaram a segunda avaliação, parece-nos que deve tal questão ser resolvida de acordo com o princípio, segundo o qual a segunda perícia não invalida a primeira (cf. art.º 489 CPC).

No caso de existirem duas avaliações e não coincidirem os pareceres de dois psiquiatras, parece não haver lugar a nova avaliação, e deve o tribunal decidir o internamento por falta de decisão medica favorável ao internamento¹³⁸.

Após a receção do relatório da avaliação psiquiátrica, o juiz designa data para a sessão conjunta, que deve ser tão próxima quanto possível, atendendo à urgência que reveste o processo (cf. art.º 36 LSM). Em vez de designar data para sessão conjunta pode proferir despacho de arquivamento do processo, cf. Pedro Soares de Albergaria¹³⁹, em que seja manifesta a inverificação de pressupostos que respeitem em primeira linha ao juízo médio, ou seja, em que os peritos concluíssem perentoriamente no seu relatório pela inexistência de qualquer substrato psicopatológico capaz de integrar uma anomalia psíquica.

Cf. art.º 18 LSM, são convocados para sessão conjunta o internado, o defensor, o requerente, o Ministério Público, para além destes pode o juiz convocar quaisquer pessoas cuja audição reputar oportuna designadamente o medico assistente, e determinar, oficiosamente ou a requerimento, que os psiquiatras prestem esclarecimentos complementares. Quanto à audição do medico assistente ou dos psiquiatras pode aqui aplicar-se subsidiariamente o art.º 158 CPP *ex vi* art.º 9 LSM “*os peritos dos estabelecimentos, laboratórios ou serviços oficiais são ouvidos por teleconferência a partir do seu local de trabalho, sempre que tal seja tecnicamente possível, sendo tão só necessária a notificação do dia e da hora a que se procederá a sua audição*”.

“*Os estabelecimentos complementares podem respeitar aos resultados ou conclusões do relatório, uma vez que a avaliação é realizada sem a participação do tribunal ou de qualquer outro interveniente à contestação do juízo contido no relatório ou que tenham em vista a sua aclaração ou a correção de eventuais lapsos materiais*”¹⁴⁰.

¹³⁸ Latas e Vieira, Ob. Citada, 2004, p. 129

¹³⁹ Ob. Citada, 2006, p. 56

¹⁴⁰ Latas e Vieira, Ob. Citada, 2004, p. 127

Apesar de o internando ser convocado para a sessão conjunta não é obrigatória a sua presença, cf. n.º 1 do art.º 19 LSM a contrário, pesembora seja de suma importância a sua presença para que possa exercer o contraditório evocando as razões relativamente à sua doença, situação de perigo ou motivos de recusa de tratamento, estando este sempre representado por defensor.

No caso da diligência se realizar sem a presença de algum destes intervenientes a mesma poderá acarretar a nulidade insanável do ato (cf. al.s. b) e c) do art.º 109 CPP *ex vi* art.º 9 LSM.

É no nosso entender que a sessão conjunta deveria ser efetivada numa sala que não a sala de audiências por forma a proteger o internado, dado que, de acordo com a nossa experiência profissional a sessão conjunta nos termos em que é feita, dentro de uma sala de audiências com os agentes judiciais envergando os seus trajes profissionais, destabilizam de certa forma o internado podendo desta forma prejudicar e agravar a sua condição psicológica.

A sessão conjunta só pode ser adiada por absoluta impossibilidade de ter lugar e só uma vez, aplica-se aqui subsidiariamente o disposto no art.º 300 CPP. Aberta a audiência de sessão conjunta, o juiz deve ouvir as pessoas convocadas para o ato, após o que dará a palavra para alegações sumárias ao mandatário do requerente, no caso de ter sido constituído, ao Ministério Público e ao defensor do internado cf. 1ª parte do n.º 2 do art.º 19 LSM.

Por força do art.º 100 CPP *ex vi* o art.º 9 LSM devem ser reduzidas a zero todas as ocorrências da sessão conjunta¹⁴¹.

Findas as alegações pode o juiz proferir decisão de imediato ou quando o procedimento revestir complexidade deve fazê-lo no prazo máximo de 5 dias cf. segunda parte do n.º 2 do art.º 19 LSM.

Durante a sessão conjunta, em momento anterior ou posterior, o internado que esteja na situação do n.º 1 do art.º 12 LSM pode aceitar o internamento¹⁴², cf. n.º 3 do art.º 19 LSM.

¹⁴¹ Vide exemplo de ata de sessão conjunta – ANEXO F

¹⁴² Vide declaração de aceitação de internamento – ANEXO G

Nos casos do n.º 2 do art.º 12 LSM e por se pressupor que o internando que o internando se encontre incapaz de compreender o sentido e alcance do internamento para tratamento encontra-se vedada a aceitação.

Assim pretendeu o legislador acautelar os casos em que a declaração de aceitação pudesse ser emitida pelo internando em erro ou com reserva mental, com o intuito de rodear a coatividade inerente ao internamento compulsivo.

Aceite o internamento sem que existam razões para duvidar dessa aceitação, o juiz determina o arquivamento do processo cf. última parte do n.º 3 do art.º 19 LSM.

DECISÃO

A decisão¹⁴³ é sempre fundamentada, e deve identificar a pessoa a internar e especificar “*as razões clínicas, o diagnóstico clínico, quando existir, e a justificação do internamento*”, cf. art.º 20 LSM, princípio que já resultava do n.º 1 do art.º 205 CRP. Assim, e por força geral contida no n.º 4 do art.º 97 CPP *ex vi* art.º 9 LSM devem ser especificados na decisão judicial os motivos de facto e de direito da decisão, indicação a que também se referem o n.º 1 do art.º 307 e n.º 2 do art.º 374 CPP, os quais preveem, respetivamente, para a decisão instrutória e a sentença, em processo penal.

Vieira de Andrade¹⁴⁴ refere-nos que “*a circunstância de estarem em causa direitos, liberdades e garantias dos cidadãos obriga a que se interpretem os poderes do juiz em conformidade com a CRP (...)*” o que implica “*que o juiz possa interpretar e controlar a aplicação dos conceitos legais imprecisos em tudo o que vá além do estrito*” juízo técnico-científico “*inerente à avaliação psiquiátrica*”. Este autor¹⁴⁵ adianta ainda “*que o juiz, no âmbito dos seus poderes de controlo da avaliação clínica-psiquiátrica, pode decidir pelo não internamento, apesar de parecer médico favorável a este, se, para além de qualquer dúvida razoável, concluir que:*

- a. A anomalia psíquica não é manifestamente grave;*
- b. A anomalia não é causa adequada de uma situação de perigo;*

¹⁴³ Vide decisão em Anexo H

¹⁴⁴ Ob. Citada, 2000, p. 86

¹⁴⁵ Ob. Citada, 2000, p.86/7

- c. *O internamento compulsivo não é a única forma de garantir a submissão a tratamento do internando, ou, na hipótese do internamento tutelar, que:*
- a. *Não há manifestamente falta de discernimento do internando;*
 - b. *É improvável a prognose de deterioração grave do seu estado.”*

Conclui Vieira de Andrade¹⁴⁶ que “*é ao próprio juiz que cabe decidir, com base na sua livre convicção, naturalmente fundamentada, se o bem jurídico eventualmente posto em perigo pelo internando é, ou não, de relevante valor para o efeito, seja em termos absolutos, seja no contexto da ponderação do carácter proporcionado do internamento ao bem jurídico em causa*”.

Quanto às primeiras alíneas transcritas, Leones Dantas¹⁴⁷ sem pôr em causa que qualquer uma delas conduz efetivamente ao não preenchimento dos pressupostos do internamento e que por consequência não se poderá proceder ao internamento compulsivo, questiona se a decisão no sentido oposto não contraria deste modo a norma do n.º 5 do art.º 17 LSM, uma vez que não se vê aonde “*vai o juiz buscar informação que contrarie o parecer médico derivado da avaliação clínico-psiquiátrica no sentido do internamento*”, entendendo este autor que tal decisão só seria possível “*no quadro de uma nova avaliação que aponte sobre a necessidade do internamento, por não preenchimento daqueles elementos*”. Conclui Leones Dantas¹⁴⁸ que as situações descritas nas três primeiras alíneas do trecho do Prof. Vieira de Andrade têm indiscutivelmente cariz médico e encontram-se a coberto da ressalva decorrente daquele número do art.º 17 LSM.

No entender de António João Latas e Fernando Vieira¹⁴⁹ o n.º 5 do art.º 17 LSM deve ser interpretado à luz do princípio da necessidade de parecer médico favorável ao internamento, no entanto nada obsta a que o tribunal decida pela imprudência do mesmo nos casos de manifesta falta de verificação dos pressupostos referidos pelo Prof. Vieira de Andrade, sem necessidade de novo parecer médico, sob pena de se esvaziar de sentido a intervenção judicial no controle negativo.

¹⁴⁶ Ob. Citada, 2000, p. 87

¹⁴⁷ Ob. Citada, 2002, p. 161

¹⁴⁸ Ob. Citada, 2002, p. 87

¹⁴⁹ Ob. Citada, 2004, p. 135

Na decisão deverá o juiz determinar a apresentação do internando no serviço oficial de saúde mental mais próximo, cabendo ao mesmo decidir qual o local onde deve o mesmo ser internado de imediato, bem como o definitivo cf. art.º 21 LSM.

III - INTERNAMENTO DE URGÊNCIA

Configura-se em internamento compulsivo de urgência quando o portador de anomalia psíquica grave crie, por força desta e por deterioração aguda do seu estado, uma situação de perigo iminente para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal e patrimonial, recusando-se submeter ao necessário tratamento médico cf. art.º 22 *ex vi* n.º 1 do art.º 12 LSM.

No entender de Latas e Vieira¹⁵⁰ o perigo iminente corresponde ao risco de verificação, ou agravamento imediatos, de lesão do bem jurídico que é necessário proteger, de tal modo que a intervenção de urgência surja como meio necessário e adequado a evitá-la.

No entender de Albergaria¹⁵¹ a urgência a que se refere este procedimento é ao facto de a privação da liberdade do portador de anomalia psíquica ocorrer antes de qualquer intervenção do tribunal, por decisão administrativa e por motivos inadiáveis.

*“O internamento compulsivo de urgência caracteriza-se como medida de natureza cautelar a ter lugar como preliminar ou incidente de processo definitivo para internamento compulsivo (ordinário), com duas fases distintas”*¹⁵²a fase inicial administrativa, com intervenção médica e policial encontrando-se legitimada no n.º 2 do art.º 272 CRP que consagra na matéria os princípios da tipicidade legal e da proibição do excesso e a fase judicial a qual tem carácter eventual, havendo nesta uma confirmação da decisão médica de internamento.

No caso de se encontrarem preenchidos os pressupostos, as autoridades de saúde pública ou policia podem determinar, através de mandato, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento cf. n.º 1 do art.º 23 *ex vi* art.º 24 LSM.

¹⁵⁰ Ob. Citada, 2004, p. 142

¹⁵¹ Ob. Citada, 2006, p. 62

¹⁵² Latas e Vieira, 2004, p. 140

As forças policiais devem cumprir o mandado acompanhadas dos serviços do estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próxima do local cf. primeira parte do n.º 2 do art.º 23 *ex vi* art.º 24 LSM.

Este acompanhamento permite assegurar todas as condições ao portador de anomalia psíquica na sua condução bem como prescrever cuidados de saúde de que se mostrem carenciados. O mandado, nos termos da segunda parte, do n.º 2 do art.º 23 LSM, devem conter a assinatura da autoridade competente, a identificação de pessoa a conduzir e indicação das razões que o fundamentam.

Quando não seja possível a emissão previa de mandado, qualquer agente policial pode proceder à condução imediata do internando, cf. n.º 3 do art.º 23 LSM, devendo ser lavrado auto em que discrimina os factos, bem como circunstâncias de tempo e de lugar em que aquela condução foi efetuada cf. n.º 4 do art.º 23 LSM. Sendo que a condução deve ser comunicada de imediato ao Ministério Público com competência na área em que a mesma se iniciou, cf. n.º 5 do art.º 23 LSM.

No entender de Albergaria¹⁵³ e quanto à extensão da competência às forças policiais para a detenção e a privação da liberdade do portador de anomalia psíquica, cf. n.º 1 do art.º 23 LSM, é do entendimento que *“as mesmas façam uma descrição das razões médicas que motivam o internamento, mas apenas nos factos que, uma apreciação leiga, uma vez que estes na generalidade dos casos, não possuíram mais do que os conhecimentos do homem comum, possam comprovar que o internando seja portador de uma anomalia psíquica e que, por deterioração aguda do seu estado, cria uma situação de perigo iminente para bens jurídicos, para além de se recusar a submeter-se ao necessário tratamento médico”*.

O mandado de condução do art.º 23 LSM obedece aos requisitos do mandado de detenção previstos no art.º 258 CPP *ex vi* art.º 9 LSM.

Apresentado o internando no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, o mesmo é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e é-lhe prestada a assistência médica necessária, cf. art.º 24 LSM.

Relativamente ao registo clínico, a lei não define o seu conteúdo, pelo que, de acordo com a *leges artis* médicas, é registado para ulterior leitura o que foi observado ou relatado, ou

¹⁵³ Ob. Citada, 2006, p. 64

seja, os sinais e sintomas, bem como o raciocínio clínico, que permitiu chegar a um diagnóstico, prognóstico e terapêutica médica¹⁵⁴.

A assistência médica necessária a que refere a parte final do art.º 24 LSM consistirá na intervenção terapêutica justificada por uma situação de urgência psiquiátrica enquadrável nos requisitos previstos nos art. ºs 12 e 22 LSM¹⁵⁵.

Segundo António Barbosa e Jorge Câmara¹⁵⁶ define-se como “... *toda a situação funcional ou orgânica – determinação médica ou com motivação conflitual intrapsíquica, interpessoal ou social – que ultrapassa as capacidades individuais de funcionamento adequado. Expressam-se frequentemente por alterações do pensamento, do afeto ou do comportamento e requerem um tratamento imediato que favoreça a melhoria ou recuperação do funcionamento pessoal ou que proteja o doente e a sociedade*”.

A avaliação clínico-psiquiátrica é remetida no Ministério Público cf. n.º 2 do art.º 35 e n.º 5 do art.º 23 LSM.

Recebida a comunicação, o juiz nomeia defensor ao internando e abre vista ao Ministério Público cf. n.º 1 do art.º 26 LSM.

Após 48h das comunicações deve o juiz proferir decisão cf. n.º 2 do art.º 26 LSM. O prazo de 48h, segundo Leones Dantas¹⁵⁷ e António João Latas e Fernando Vieira¹⁵⁸ tem natureza “ordenativa”, pelo que a sua ultrapassagem não implica a cessação do internamento, mas apenas consequências de natureza disciplinar, atendendo à natureza urgente do processo cf. art.º 36 LSM.

António João Latas e Fernando Vieira¹⁵⁹ concluem que “*uma coisa é a ilegalidade resultante do desrespeito do prazo de 48h – e eventuais consequências de ordem penal – outra é a decisão de manutenção de internamento de urgência – confirmando decisão médica anterior sobre a respetiva necessidade – que (...) encontro o seu fundamento específico na prevenção de perigo iminente para bens jurídicos de relevante valor,*

¹⁵⁴ Latas e Vieira, 2004, p. 148

¹⁵⁵ Latas e Vieira, 2004. P. 149

¹⁵⁶ Apud Latas e Vieira, 2004, p. 149

¹⁵⁷ Ob. Citada, 2002, p. 161

¹⁵⁸ Ob. Citada, 2004, p. 157/8

¹⁵⁹ Ob. Citada, 2004, p. 158/9

nomeadamente a vida, a integridade física ou a saúde, do doente portador de anomalia psíquica grave ou de terceiros”.

Em sentido contrário, Pedro Soares de Albergaria¹⁶⁰ entende que tal posição é incoerente com a possibilidade de habeas corpus, prevista justamente, e para além do mais, nas situações em que tal prazo é ultrapassado, cf. al. a) do n.º 1 do art.º 31 LSM. Considera ainda que *“qualquer argumentação que procure tirar reforço da natureza terapêutica ou assistencial do processo de internamento, a qual não pode ser via de obliteração de qualquer dos elementos do núcleo essencial dos direitos do internando”.*

O juiz pode mandar comparecer o doente ou ouvir a entidade que o tenha à guarda para apreciar e decidir se deve permanecer internado ou não. Se decidir não manter o internamento, deverá ser ordenada a imediata “libertação”.

Conforme estipula o n.º 4 do art.º 26 LSM a decisão é comunicada ao internando e ao familiar mais próximo com quem este conviva, bem como ao médico assistente devem ainda para além destas referidas o defensor e o Ministério Público.

Recebida a comunicação da decisão de manutenção do internamento urgente, o juiz dá início ao processo de internamento compulsivo (definitivo), ordenando para no prazo de 5 dias tenha lugar avaliação clínico-psiquiátrica, a cargo de dois psiquiatras que não tenham procedido à anterior, cf. n.º 1 do art.º 27 LSM.

Cabe ainda, a nomeação e notificação ao defensor do internando e do familiar mais próximo do internando nos termos do art.º 15 LSM *ex vi* n.º 2 do art.º 27 LSM.

Quando o juiz receber o relatório de avaliação clínico-psiquiátrica e realizadas as demais diligências necessárias é designada data para a sessão conjunta à qual é correspondentemente aplicável o disposto nos art.ºs 18, 19, 20 e n.º 4 do art.º 21 *ex vi* n.º 3 do art.º 27 LSM.

¹⁶⁰ Ob. Citada, 2006, p. 68

IV - CASOS ESPECIAIS DE INTERNAMENTO COMPULSIVO

PENDÊNCIA EM PROCESSO PENAL

Nos termos do art.º 28 LSM, a pendencia de processo penal em que seja arguido portador de anomalia psíquica não obsta a que o tribunal competente decida sobre o internamento nos termos da LSM, plasmando a total e absoluta independência entre o processo penal e o processo de internamento compulsivo.

Vem estabelecer o n.º 2 do art.º 28 LSM que em caso de internamento onde pende o processo penal, de 2 em 2 meses, informação sobre a evolução do estado do portador de anomalia psíquica.

No entender do Prof. Taipa de Carvalho¹⁶¹ a medida de segurança de internamento em processo penal, prevista no art.º 91 e ss. CP cessa quando o doente seja sujeito a internamento compulsivo.

INTERNAMENTO COMPULSIVO DE INIMPUTÁVEL

O legislador admite nos termos do n.º 1 do art.º 29 LSM, que o tribunal que não aplique a medida de segurança de internamento de inimputáveis, prevista no art.º 91 CP, decida pelo internamento compulsivo de inimputável, não dispensando a verificação de todos os pressupostos estabelecidos no art.º 12 LSM decorrendo o processo tal e qual como analisado anteriormente.

No entender de António João Latas e Fernando Vieira¹⁶² o art.º 29 LSM abrange as situações em que no processo penal não haja lugar à aplicação de uma pena, mas em que também pode não haver lugar à declaração formal de inimputabilidade, por não poder ser imputada ao arguido a prática de um facto típico e ilícito cf. n.º 1 do art.º 91 CP permitindo a imediata aplicação do internamento compulsivo de portador de anomalia psíquica grave pelo mesmo tribunal que, no processo penal, conclui pela não aplicação da medida de

¹⁶¹ Apud Latas e Vieira, Ob. Citada, 2004, p. 164

¹⁶² Ob. Citada, 2004, p. 167

segurança de internamento, de natureza penal, dispensando-se a instauração autónoma do processo judicial para internamento compulsivo.

V – MODOS DE REACÇÃO E DE CESSAÇÃO DO INTERNAMENTO COMPULSIVO

HABEAS CORPUS

O instituto do habeas corpus, reconhecido no art.º 31 CRP como procedimento célebre de reacção a privações ilegais da liberdade, também se encontrar regulado no art.º 31 LSM de forma a aplicar-se ao processo de internamento compulsivo.

A LSM vem no art.º 31 LSM decalcar o instituto do habeas corpus estipulado no art.º 221 CPP.

O portador de anomalia psíquica que se encontre privado da liberdade, ou qualquer cidadão no gozo dos seus direitos políticos, pode requerer ao tribunal da área onde o portador se encontrar a imediata libertação do mesmo, com fundamento em alguma das seguintes situações: ter excedido o prazo de 48h a contar da privação da liberdade sem que o juiz tenha proferido decisão de manutenção ou não do internamento, quer seja porque não lhe foi comunicada a admissão do internando, quer porque o juiz excedeu o prazo de confirmação ou não, quando a comunicação lhe foi tempestivamente comunicada, nos termos do n.º 2 do art.º 26 LSM; ter sido a privação da liberdade efetuada ou ordenada por entidade incompetente; e ser a privação da liberdade motivada fora dos casos ou condições previstas na lei, cf. n.º 1 do art.º 31 LSM.

Apresentado o requerimento de habeas corpus, o juiz, se o não considerar manifestamente infundado, ordena, se necessário por via telefónica, a apresentação imediata do portador da anomalia psíquica cf. n.º 2 do art.º 31 LSM. Juntamente com a ordem referida manda, o juiz, a notificar a entidade que tiver o portador de anomalia psíquica à sua guarda, ou quem puder representá-la para se apresentar no mesmo ato munida de informações e esclarecimentos necessários à decisão. Decisão essa que profere ouvidos o Ministério Público e defensor, cf. n.º 4 do art.º 31 LSM.

RECORRIBILIDADE DA DECISÃO

Conforme estipulado no art.º 35 LSM, são suscetíveis de recurso, para o Tribunal da Relação, as decisões sobre o internamento compulsivo nos termos do art.º 20, do n.º 2 do art.º 26, do n.º 3 do art.º 27 e do art.º 35 LSM.

Tem legitimidade para recorrer o internando, o defensor, quem requereu o internamento compulsivo e o Ministério Público, cf. estipulado no n.º 2 do art.º 32 LSM.

Quanto à tramitação dos Recursos deve seguir-se a tramitação prevista no CPP, ou seja, art.º s 411 e ss. CPP *ex vi* art.º 9 LSM.

Nos termos do n.º 3 do art.º 32 LSM os recursos têm efeito meramente devolutivo, sendo assim imediatamente executável a decisão de primeira instância, mesmo que de modo provisório.

SUBSTITUIÇÃO DE INTERNAMENTO

O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade cf. n.º 1 do art.º 33 LSM.

A substituição do internamento compulsivo por tratamento compulsivo em regime ambulatorio depende da expressa aceitação, por parte do internando das condições fixadas pelo psiquiatra assistente para o tratamento ambulatorio cf. n.º 2 do art.º 33 LSM. Sendo esta comunicada ao tribunal competente cf. n.º 3 do art.º 33 LSM.

Atenção terá que se ter quanto ao internamento de urgência uma vez que este poderá ser substituído por regime ambulatorio, devendo o processo prosseguir ate final, designadamente com a realização da sessão conjunta cf. Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa – Proc. N.º 2510/10.2TBVNG.P1¹⁶³.

No caso de o portador de anomalia psíquica deixar de cumprir as condições estabelecidas o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente e é retomado o internamento, devendo, sempre que necessário, o estabelecimento solicitar ao tribunal

¹⁶³ Proc. N.º 2510/10.2TBVNG.P1 proferido em 10 de novembro de 2010, disponível em: <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/818e9b65466046e3802577ee00310a95?opendocument> – ANEXO I

competente a emissão de mandados de condução a cumprir pelas forças policiais cf. n.ºs 4 e 5 do art.º 33 LSM.

Não sendo competência de este proferir qualquer decisão para a retoma do internamento, sem prejuízo de eventual revisão posterior do mesmo, cf. art.º 34 LSM.

De suma importância será referir que Portugal é um dos poucos países que fornece uma base legal para o tratamento compulsivo em regime ambulatorio. Á sua semelhança também o consagraram a Bélgica, Luxemburgo e Suécia embora tal como a Alemanha e Reino Unido a opção de cuidados posteriores para o doente que teve alta de um episódio de tratamento compulsivo de uma forma mais geral.

REVISÃO DA SITUAÇÃO DO INTERNADO

A revisão da situação do internando é obrigatória, independentemente de requerimento, decorridos 2 meses sobre o início do internamento ou sobre a decisão que o tiver mantido cf. n.º 2 do art.º 35 LSM. Assim, o estabelecimento no prazo de 10 dias antes da data calculada para a revisão, envia relatório de avaliação clínico-psiquiátrica elaborado por dois psiquiatras cf. n.º 4 do art.º 35 LSM.

Na revisão deve o juiz ouvir o Ministério Público, o defensor e o internado, cf. n.º 5 do art.º 35 LSM.

CESSAÇÃO DO INTERNAMENTO

A cessação do internamento, cf. o art.º 34 LSM pode ser por alta dada pelo diretor clínico do estabelecimento fundamentada em relatório da avaliação clínico-psiquiátrica do serviço de saúde onde decorreu o internamento, ou seja, por decisão médico-administrativa, ou por decisão judicial, fundamentada, podendo mesmo ser contra o parecer médico desde que seja matéria de livre apreciação atribuída ao juiz.

VI – A EXTENSÃO (OU NÃO) DO INTERNAMENTO COMPULSIVO AO PORTADOR DE DOENÇA CONTAGIOSA

Até 2009 encontrava-se estipulado na Lei 2036 de 9 de agosto de 1949 o internamento compulsivo de portadores de doenças contagiosas.

Sendo que, nos termos da Base X sempre que fosse verificada alguma situação de doença contagiosa a autoridade sanitária podia promover a observação da doença contagiosa e promover à observação do doente e exames para diagnóstico estabelecendo assim a defesa da saúde pública.

Indo mais longe o n.º 3 da Base IV, que criava o instituto do internamento compulsivo quando o doente não aderisse ao tratamento de forma voluntária ou criasse perigo imediato e grave de contágio.

A referida lei apresentava restrições ao direito à liberdade que tinham como pacto fulcral a sujeição ao tratamento e enquadrava limitações no direito de deslocação e mero contato com terceiros e o internamento hospitalar mesmo contra a vontade do doente.

Todo este regime não consagrava qualquer intervenção dos tribunais na reavaliação do internamento.

Segundo o Prof. Marcelo Caetano¹⁶⁴ *”a vigilância e repressão profilática dos enfermos de moléstias infecciosas, que podem ser obrigatoriamente internados e isolados nos hospitais para prevenir o contágio”*, não se tratando mais do que uma polícia administrativa.

Tal regime tinha cabimento constitucional na CRP de 1933 que no art.º 8 estabelecia restrições aos direitos fundamentais, consagrando que *“a especificação destes direitos e garantias não exclui quaisquer outras constantes da CRP ou das leis, entendendo-se que os cidadãos deverão sempre fazer uso deles, sem ofensa dos direitos de terceiros, nem lesão dos interesses da sociedade ou dos princípios da moral.”*

Assim, tal cláusula permitia que sempre que estivesse em causa a saúde pública o direito fundamental à liberdade poderia ser restringido.

¹⁶⁴ Marcelo Caetano, Manual de Direito Administrativo II, 1972, Coimbra Editora, p. 1165

Para Marcelo Caetano *“os direitos individuais devem ser exercidos de modo a não lesarem interesses da sociedade, também aqui se prevê um conflito, desta vez entre o interesse individual do titular do direito e os interesses coletivos, o qual deverá ser resolvido a favor da coletividade”*¹⁶⁵.

A revisão Constitucional de 1976, veio a alterar tal regime, deixando as medidas de segurança pré-delituais de ter cabimento legal ao abrigo do art.º 29 CRP¹⁶⁶. Assim, veio consagrar o art.º 29 CRP um duplo requisito quanto às medidas de segurança: subsistência no futuro da perigosidade do agente e a prática no passado de um facto.

Com a presente revisão, surge o problema da compatibilização com a Lei 2036, pois se por um lado perante a Constituição e os direitos fundamentais não se encontrava cabimento legal para o internamento compulsivo de portadores de doenças contagiosas, por outro lado a Lei 2036 consagra expressamente o internamento. Internamento esse que não é mais do que uma restrição grave ao direito à liberdade consagrado no art.º 27 CRP.

Como ensinam Gomes Canotilho e Vital Moreira *“o direito à liberdade significa o direito à liberdade física, à liberdade de movimentos, ou seja, direito de não ser detido, aprisionado, ou de qualquer modo fisicamente confinado a um determinado espaço, ou impedido de se movimentar”*¹⁶⁷. Segundo os mesmos autores: *“as restrições ao direito à liberdade, que se traduzem em medidas de privação total e parcial dela, só podem ser as previstas nos n.ºs 2 e 3 não podendo a lei criar outras – princípios da tipicidade constitucional das medidas privativas (ou restritivas) da liberdade”*.

O art.º 27 CRP teve influências pelo art.º 5 CEDH, que prevê na al. e) do n.º 1 a detenção legal: *“se se tratar de detenção legal de pessoa suscetível de propagar uma doença contagiosa”*, tendo como elemento interpretativo desta norma o Regulamento Sanitário Internacional adotado pela OMS¹⁶⁸.

Posteriormente, em 1997, com a Revisão Constitucional, foi alterado o art.º 27 CRP, mas apenas na medida em que é permitida a restrição do direito à liberdade, pois passou a

¹⁶⁵ Marcelo Caetano, A Constituição de 1933 – Estudo de Direito Político, p. 26

¹⁶⁶ Maria João Antunes, Medidas de Segurança de Internamento e Facto de Inimputável em Razão de Anomalia Psíquica, Coimbra Editora, p. 171

¹⁶⁷ Marcelo Caetano, A Constituição ... p. 184

¹⁶⁸ A Convenção Europeia dos Direitos do Homem, p. 70

estatuir o internamento compulsivo de doentes com anomalia psíquica, nascendo assim uma medida privativa da liberdade de natureza administrativa.

Afigura-se então a questão: pode prevalecer o direito individual do direito à liberdade sobre o direito coletivo do direito à saúde pública?

Veja-se que a OMS define que *“a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste somente na ausência de doença ou enfermidade”*. Já a CRP no seu art.º 64 vem consagrar o direito fundamental – direito à saúde. Para Gomes Canotilho e Vital Moreira *“o direito à proteção da saúde comporta duas vertentes: uma negativa, que consiste no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenham de qualquer ato que prejudique a saúde, outra positiva, que significa o direito às medidas e prestações estatuais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas.”*¹⁶⁹ Assim como vem a LBS consagrar *“a proteção da saúde constitui um dos direitos dos indivíduos e da comunidade”*, Base I, n.º 1 e como diretriz política da saúde afirma que *“a promoção da saúde e a prevenção de doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado”* (Base I, n.º 1, al. a)).

Então será legítimo o internamento compulsivo de um cidadão portador de tuberculose pulmonar que recuse tratamento?

Sendo uma doença de elevada contagiosidade e gravidade afigura-se como única solução o internamento compulsivo de doentes que perante os esforços da equipa médica e de cuidadores de saúde se recuse a tratamento, v. g. o acórdão do Tribunal da Relação do Porto de 6 de fevereiro de 2002 e o acórdão do Tribunal da Relação do Porto de 21 de dezembro de 2005, socorrendo-se da Lei 2036 (Lei de Bases de Luta contra as Doenças Contagiosas).

Veja-se que é patente que o direito dos cidadãos à liberdade não é absoluto, como se alcança logo do n.º 2 do art.º 27 CRP, onde se dispõe que *“ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória (...) ou de aplicação judicial de medida de segurança”*. Assim à luz do diploma fundamental, uma das situações de lícita privação da liberdade é precisamente a que se traduz na aplicação, por decisão judicial, de uma medida de segurança, assim, de

¹⁶⁹ Gomes Canotilho e Vital Moreira, Constituição da República Anotada

uma medida que, à partida, é dirigida a proteger a sociedade contra a perigosidade do indivíduo a quem é aplicada, mas que, do mesmo passo, também não perde de vista a proteção do próprio indivíduo¹⁷⁰.

De forma similar ao internamento por anomalia psíquica, deveria o regime de internamento por doença contagiosa consagrar que a competência para a decisão final, de acordo com a constituição fosse do Tribunal e não da Direção Geral de Saúde, cf. a Lei 2036.

Depois de toda a celeuma em torno dos direitos fundamentais, inconstitucionalidades ou não da Lei 2036 veio esta a ser revogada pela Lei 81/2009.

Na Lei 81/2009 institui-se um sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica, denominada de SINAVE, em que se cria o Conselho Nacional de Saúde Pública. Tal Conselho sempre terá competência para solicitar a declaração de Estado de Emergência, que levará à *“restituição, suspensão ou o encerramento de atividades ou a separação de pessoas que não estejam doentes, meios de transporte ou mercadorias, de forma a evitar a eventual disseminação de infeção ou contaminação. Ou seja, institui um sistema de vigilância de saúde pública e prepara planos de contingência. Pecando pela não regulação de internamento compulsivo como medida eficaz no combate ao contágio de doenças contagiosas graves, embora, aquando situações de doença infetocontagiosa, mantém-se válida a doutrina que em casos mais graves a autoridade de saúde requer o internamento ou a quarentena acautelada pelo procedimento judicial, com base no regime aplicável pela LSM e pelo DL 547/96 (Luta contra a doença de Hansen – Lepra)”*, neste sentido André Pereira¹⁷¹.

O REGIME EM DIREITO COMPARADO¹⁷²

A. Inglaterra

¹⁷⁰ Acórdão do Tribunal da Relação do Porto de 21 de dezembro de 2005, disponível em: <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/c3fb530030ea1c61802568d9005cd5bb/c4c0347dfa5f1a2f80257103003c591b> - ANEXO J e Acórdão do Tribunal da Relação do Porto de 06 de junho de 2002, disponível em: <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/0/bb2d8a8cb57b4d9380256bc800396446> - ANEXO K

¹⁷¹ André Gonçalo Dias Pereira, Sida, Toxicodependência e esquizofrenia: Estudo Jurídico sobre o internamento compulsivo; LEX MEDICINAE, Ano 7, N.º 14 (2010), p. 63-79

¹⁷² Sónia Fidalgo, Internamento Compulsivo de doentes com tuberculose; LEX MEDICINAE – Revista Portuguesa de Direito da Saúde – Ano 1 – N.º 2 – 2004 – Centro Biomédico, p. 87 - 124

No Direito Britânico existe um Act 1984 (Public Health – Control of Disease), que prevê duas coisas distintas. Na Secção 37 prevê que uma autoridade local possa requerer a um magistrado a detenção de uma pessoa com uma doença de declaração obrigatória. Na secção 38 prevê a possibilidade de detenção. Tem de apresentar um risco sério de contágio, o juiz poderá prorrogar o período de detenção pelo tempo que lhe parecer necessário.

B. Espanha

No Direito Espanhol, prevê-se medidas especiais em matéria de saúde pública – Ley Orgânica 3/1986, de 14 de abril. Lei essa com o objetivo de proteger a saúde pública e prevenir a sua deterioração, as autoridades sanitárias e as distintas administrações públicas poderão, dentro do âmbito das suas competências, adotar as medidas previstas na presente lei quando assim o exijam razões sanitárias de urgência ou necessidade (art.º 1), as autoridades sanitárias competentes poderão adotar medidas de reconhecimento, tratamento, hospitalização ou controlo quando se verifiquem indícios razoáveis que permitam supor a existência de perigo para a saúde da população, devido á situação sanitária concreta de uma pessoa ou grupo de pessoas ou às condições sanitárias em que se desenvolva uma atividade (art.º 2); com o objetivo de controlar as doenças transmissíveis, a autoridade de saúde, além de realizar as ações preventivas gerais poderá adotar as medidas adequadas ao controlo dos doentes, das pessoas que estejam ou tenham estado em contato com os mesmos e do meio ambiente envolvente assim como as que se considerem necessárias em caso de risco de transmissão (art.º 3).

C. Áustria

No Direito Austríaco há uma lei federal contra a tuberculose – Fed. Gazette 127/1968, alterada pela Fed. Gazette I 65/2002 – que dispõe que qualquer pessoa infetada é obrigada a aderir ao tratamento (§2).

A autoridade administrativa regional tem o dever de vigiar as pessoas infetadas, as quais estão obrigadas a cooperar (§7) e qualquer pessoa que viole o disposto anteriormente (§2 e 7) é advertida, pela autoridade administrativa regional que poderá ser internada compulsivamente (§13). Se depois de advertida continuar a violar o disposto e constituir perigo para a saúde pública, a autoridade administrativa tem de requerer o seu internamento ao tribunal regional da residência do doente (§14). Nos casos urgentes a pessoa infetada pode ser

internada imediatamente, mas se a autoridade administrativa regional não requerer a decisão do tribunal em 3 dias ou se este não decidir no prazo de 3 semanas, o doente tem de ser libertado (§21).

D. Rússia

O Direito Russo adotou uma lei para prevenir a disseminação da tuberculose em 6 de junho de 2001.

Prevê um conjunto de medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e de reabilitação de doentes que têm ou tiveram tuberculose. Prevê a criação de uma estrutura para monitorização estatística.

A lei dispõe que o Estado tem autoridade para deter num sanatório, até 6 meses, doentes que não aderiram ao tratamento.

E. EUA (NY)

Em 1993 houve uma alteração ao Código de Saúde Pública de NY do modo a permitir ao Commissioner of Health emitir as ordens que considerar necessárias para proteger a saúde pública. O Código de Saúde Pública prevê a detenção de todos os que não adiram ao tratamento.

Há como que uma presunção de que a falta de concordância implica automaticamente um risco para a saúde pública.

CONCLUSÃO

Após, todo o estudo e análise doutrinária e de legislação, tudo visto e ponderado, pode-se concluir que faria sentido várias alterações legislativas no que concerne ao regime de Internamento Compulsivo.

Em Portugal, a Lei da Saúde Mental trouxe avanços dos utentes dos serviços de saúde mental de acordo com os Princípios das Nações Unidas regulamentando o processo do internamento compulsivo, consagrando o modelo comunitário para a prestação de cuidados de saúde mental e prevendo a participação de organizações de utentes e familiar no Conselho Nacional de Saúde Mental.

Ora, se por um lado a legislação portuguesa mantém-se perfeitamente atualizada, no que concerne ao internamento compulsivo por anomalia psíquica, já que contempla a generalidade das questões mais relevantes na área da saúde mental e respeita, no essencial, as recomendações internacionais mais recentes: não parece, portanto, justificar-se, para já, a elaboração de uma nova lei de saúde mental, mas sim regulamentar alguns aspetos da sua aplicação, nomeadamente quanto à gestão património e das pensões das pessoas residentes nos hospitais psiquiátricos¹⁷³.

Mais, deveria a Lei da Saúde Mental ver o seu nome alterado para Regime do Internamento Compulsivo, acompanhando assim as duras críticas de que o nome da presente lei foi alvo desde o início da sua vigência. Pois o a Lei N.º 36/98 não consagra mais do que o Internamento Compulsivo, fundamentos e trâmites processuais.

Acrescendo a tal alteração, deveria proceder-se ao aditamento do regime de internamento compulsivo de portador de doença contagiosa acautelando desta forma o bem fundamental coletivo de saúde pública em situações restritivas ao direito à liberdade e consagradas constitucionalmente.

Para tanto, acompanha-se André Pereira e Sónia Fidalgo, na defesa de uma Revisão Constitucional que consagre a possibilidade de internamento compulsivo em caso de recusa de tratamento de doença contagiosa em estabelecimento terapêutico adequado e

¹⁷³ Cf. consta na Resolução do Conselho de Ministros N.º 49/2008 – Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)

decretado ou confirmado por autoridade judicial competente, quando o portador ponha em perigo a saúde ou a vida de terceiros.

Desta forma, alterando a CRP e a LSM¹⁷⁴, encerrava a discussão doutrinal e a legislação dispersa e de interpretação analógica reunindo num único diploma legal todos os institutos de internamento compulsivo – por anomalia psíquica e por doença contagiosa – sendo o mesmo permitido Constitucionalmente como restrição ao direito à liberdade quando estejam em causa anomalia psíquica grave que ponha em perigo os bens jurídicos próprios ou de terceiros, assim como estejam em causa portador de doença contagiosa que ponha em causa a saúde pública.

¹⁷⁴ Proposta de revisão e alteração da lei da saúde mental – ANEXO L

PROPOSTA DE REVISÃO E ALTERAÇÃO DA LEI DA SAÚDE MENTAL

REGIME JURÍDICO DO INTERNAMENTO COMPULSIVO

Artigo 1

Objetivos

A presente lei estabelece:

- a) os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.
- b) os princípios gerais da luta contra as doenças contagiosas e regula o internamento compulsivo de infetados com doença contagiosa

TÍTULO I – DA SAÚDE MENTAL

Artigo 2

Proteção e promoção da saúde mental

- 1- A proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive.
- 2- As medidas referidas no número anterior incluem ações de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações.

Artigo 3

Princípios gerais de política de saúde mental

1 - Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, devem observar-se os seguintes princípios gerais:

- a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;
- b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível;
- c) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais;
- d) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.

2 - Nos casos previstos na alínea d) do número anterior, os encargos com os serviços prestados no âmbito da reabilitação e inserção social, apoio residencial e reinserção profissional são comparticipados em termos a definir pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego.

3 - A prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

Artigo 4

Conselho Nacional de Saúde Mental

1 - O Conselho Nacional de Saúde Mental é o órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental, nele estando representadas as entidades interessadas no funcionamento do sistema de saúde mental, designadamente as associações de familiares e de utentes, os subsistemas de saúde, os profissionais de saúde mental e os departamentos governamentais com áreas de atuação conexas.

2 - A composição, as competências e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde Mental constam de decreto-lei.

Artigo 5

Direitos e deveres do utente

1 - Sem prejuízo do previsto na Lei de Bases da Saúde, o utente dos serviços de saúde mental tem ainda o direito de:

- a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis;
- b) Receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade;
- c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros;
- d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito;
- e) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação;
- f) Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;
- g) Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença;
- h) Receber justa remuneração pelas atividades e pelos serviços por ele prestados;
- i) Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.

2 - A realização de intervenção psicocirúrgica exige, além do prévio consentimento escrito, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental.

3 - Os direitos referidos nas alíneas c), d) e e) do n.º 1 são exercidos pelos representantes legais quando os doentes sejam menores de 14 anos ou não possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento.

CAPÍTULO I

DO INTERNAMENTO COMPULSIVO DOS PORTADORES DE ANOMALIA PSÍQUICA

SECÇÃO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 6

Âmbito de aplicação

- 1 - O presente capítulo regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica.
- 2 - O internamento voluntário não fica sujeito ao disposto neste capítulo, salvo quando um internado voluntariamente num estabelecimento se encontre na situação prevista nos artigos 12.º e 22.º

Artigo 7

Definições

Para efeitos do disposto no presente capítulo, considera-se:

- a) Anomalia psíquica: estado de perturbação de consciência ou de perturbação do equilíbrio psíquico, relativamente ao mesmo padrão de cidadão considerado normal, mas suscetível de tratamento adequado, ou seja, sem capacidade de governar a sua pessoa e bens;
- b) Internamento compulsivo: internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave;
- c) Internamento voluntário: internamento a solicitação do portador de anomalia psíquica ou a solicitação do representante legal de menor de 14 anos;
- d) Internando: portador de anomalia psíquica submetido ao processo conducente às decisões previstas nos artigos 20.º e 27.º;
- e) Estabelecimento: hospital ou instituição análoga que permita o tratamento de portador de anomalia psíquica;
- f) Autoridades de saúde pública: as como tal qualificadas pela lei;

f) Autoridades de polícia: os diretores, oficiais, inspetores e subinspetores de polícia e todos os funcionários policiais a quem as leis respectivas reconhecerem aquela qualificação.

Artigo 8

Princípios gerais

1 - O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.

2 - O internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.

3- Sempre que possível o internamento é substituído por tratamento em regime ambulatorio.

4 - As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respetivo regulamento interno.

Artigo 9

Legislação subsidiária

Nos casos omissos aplica-se, devidamente adaptado, o disposto no Código de Processo Penal.

SECÇÃO II

DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 10

Direitos e deveres processuais do internando

1 - O internando goza, em especial, do direito de:

- a) Ser informado dos direitos que lhe assistem;
- b) Estar presente aos atos processuais que diretamente lhe disserem respeito, exceto se o seu estado de saúde o impedir;
- c) Ser ouvido pelo juiz sempre que possa ser tomada uma decisão que pessoalmente o afete, exceto se o seu estado de saúde tornar a audição inútil ou inviável;
- d) Ser assistido por defensor, constituído ou nomeado, em todos os atos processuais em que participar e ainda nos atos processuais que diretamente lhe disserem respeito e em que não esteja presente;
- e) Oferecer provas e requerer as diligências que se lhe afigurem necessárias.

2 - Recai sobre o internando o especial dever de se submeter às medidas e diligências previstas nos artigos 17.º, 21.º, 23.º, 24.º e 27.º

Artigo 11

Direitos e deveres do internado

1 - O internado mantém os direitos reconhecidos aos internados nos hospitais gerais.

2 - O internado goza, em especial, do direito de:

- a) Ser informado e, sempre que necessário, esclarecido sobre os direitos que lhe assistem;
- b) Ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade;
- c) Ser assistido por defensor constituído ou nomeado, podendo comunicar em privado com este;
- d) Recorrer da decisão de internamento e da decisão que o mantenha;
- e) Votar, nos termos da lei;
- f) Enviar e receber correspondência;
- g) Comunicar com a comissão prevista no artigo 38.º

3 - O internado tem o especial dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 5.º

SECÇÃO III

INTERNAMENTO

Artigo 12

Pressupostos

1 - O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.

2 - Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

Artigo 13

Legitimidade

1 - Tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo o representante legal do portador de anomalia psíquica, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as autoridades de saúde pública e o Ministério Público.

2 - Sempre que algum médico verifique no exercício das suas funções uma anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 12.º pode comunicá-la à autoridade de saúde pública competente para os efeitos do disposto no número anterior.

3 - Se a verificação ocorrer no decurso de um internamento voluntário, tem também legitimidade para requerer o internamento compulsivo o diretor clínico do estabelecimento.

Artigo 14

Requerimento

1 - O requerimento, dirigido ao tribunal competente, é formulado por escrito, sem quaisquer formalidades especiais, devendo conter a descrição dos factos que fundamentam a pretensão do requerente.

2 - Sempre que possível, o requerimento deve ser instruído com elementos que possam contribuir para a decisão do juiz, nomeadamente relatórios clínico-psiquiátricos e psicossociais.

Artigo 15

Termos subsequentes

1 - Recebido o requerimento, o juiz notifica o internando, informando-o dos direitos e deveres processuais que lhe assistem, e nomeia-lhe um defensor, cuja intervenção cessa se ele constituir mandatário.

2 - O defensor e o familiar mais próximo do internando que com ele conviva ou a pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges são notificados para requerer o que tiverem por conveniente no prazo de cinco dias.

3 - Para os mesmos efeitos, e em igual prazo, o processo vai com vista ao Ministério Público.

Artigo 16

Atos instrutórios

1 - O juiz, oficiosamente ou a requerimento, determina a realização das diligências que se lhe afigurem necessárias e, obrigatoriamente, a avaliação clínico-psiquiátrica do internando, sendo este para o efeito notificado.

2 - No caso previsto no n.º 3 do artigo 13.º, o juiz pode prescindir da avaliação referida no número anterior, designando de imediato data para a sessão conjunta nos termos do artigo 18.º

Artigo 17

Avaliação clínico-psiquiátrica

- 1 - A avaliação clínico-psiquiátrica é deferida aos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do internando, devendo ser realizada por dois psiquiatras, no prazo de 15 dias, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.
- 2 - A avaliação referida no número anterior pode, exceccionalmente, ser deferida ao serviço de psiquiatria forense do instituto de medicina legal da respetiva circunscrição.
- 3 - Sempre que seja previsível a não comparência do internando na data designada, o juiz ordena a emissão de mandado de condução para assegurar a presença daquele.
- 4 - Os serviços remetem o relatório ao tribunal no prazo máximo de sete dias.
- 5 - O juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do juiz.

Artigo 18

Atos preparatórios da sessão conjunta

- 1 - Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz designa data para a sessão conjunta, sendo notificados o internando, o defensor, o requerente e o Ministério Público.
- 2 - O juiz pode convocar para a sessão quaisquer outras pessoas cuja audição reputar oportuna, designadamente o médico assistente, e determinar, oficiosamente ou a requerimento, que os psiquiatras prestem esclarecimentos complementares, devendo ser-lhes comunicado o dia, a hora e o local da realização da sessão conjunta.
- 3 - Se houver discordância entre os psiquiatras, apresenta cada um o seu relatório, podendo o juiz determinar que seja renovada a avaliação clínico-psiquiátrica a cargo de outros psiquiatras, nos termos do artigo 17.º

Artigo 19

Sessão conjunta

1 - Na sessão conjunta é obrigatória a presença do defensor do internando e do Ministério Público.

2 - Ouvidas as pessoas convocadas, o juiz dá a palavra para alegações sumárias ao mandatário do requerente, se tiver sido constituído, ao Ministério Público e ao defensor e profere decisão de imediato ou no prazo máximo de cinco dias se o procedimento revestir complexidade.

3 - Se o internando aceitar o internamento e não houver razões para duvidar da aceitação, o juiz providencia a apresentação deste no serviço oficial de saúde mental mais próximo e determina o arquivamento do processo.

Artigo 20

Decisão

1 - A decisão sobre o internamento é sempre fundamentada.

2 - A decisão de internamento identifica a pessoa a internar e especifica as razões clínicas, o diagnóstico clínico, quando existir, e a justificação do internamento.

3 - A decisão é notificada ao Ministério Público, ao internando, ao defensor e ao requerente. A leitura da decisão equivale à notificação dos presentes.

Artigo 21

Cumprimento da decisão de internamento

1 - Na decisão de internamento o juiz determina a apresentação do internado no serviço oficial de saúde mental mais próximo, o qual providencia o internamento imediato.

2 - O juiz emite mandado de condução com identificação da pessoa a internar, o qual é cumprido, sempre que possível, pelo serviço referido no número anterior, que, quando necessário, solicita a coadjuvação das forças policiais.

3 - Não sendo possível o cumprimento nos termos do número anterior, o mandado de condução pode ser cumprido pelas forças policiais, que, quando necessário, solicitam o apoio dos serviços de saúde mental ou dos serviços locais de saúde.

4 - Logo que determinado o local definitivo do internamento, que deverá situar-se o mais próximo possível da residência do internado, aquele é comunicado ao defensor do internado e ao familiar mais próximo que com ele conviva, à pessoa que com ele viva em condições análogas às dos cônjuges ou a pessoa de confiança do internado.

SECÇÃO IV

INTERNAMENTO DE URGÊNCIA

Artigo 22

Pressupostos

O portador da anomalia psíquica pode ser internado compulsivamente de urgência, nos termos dos artigos seguintes, sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado.

Artigo 23

Condução do internando

1 - Verificados os pressupostos do artigo anterior, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, oficiosamente ou a requerimento, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento referido no artigo seguinte.

2 - O mandado é cumprido pelas forças policiais, com o acompanhamento, sempre que possível, dos serviços do estabelecimento referido no artigo seguinte. O mandado contém a assinatura da autoridade competente, a identificação da pessoa a conduzir e a indicação das razões que o fundamentam.

3 - Quando, pela situação de urgência e de perigo na demora, não seja possível a emissão prévia de mandado, qualquer agente policial procede à condução imediata do internando.

4 - Na situação descrita no número anterior o agente policial lavra auto em que discrimina os factos, bem como as circunstâncias de tempo e de lugar em que a mesma foi efetuada.

5 - A condução é comunicada de imediato ao Ministério Público com competência na área em que aquela se iniciou.

Artigo 24

Apresentação do internando

O internando é apresentado de imediato no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, onde é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e lhe é prestada a assistência médica necessária.

Artigo 25

Termos subsequentes

1 - Quando da avaliação clínico-psiquiátrica se concluir pela necessidade de internamento e o internando a ele se opuser, o estabelecimento comunica, de imediato, ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquele, com cópia do mandado e do relatório da avaliação.

2 - Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não confirmar a necessidade de internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução.

3 - O disposto no n.º 1 é aplicável quando na urgência psiquiátrica ou no decurso de internamento voluntário se verifique a existência da situação descrita no artigo 22.º

Artigo 26

Confirmação judicial

1 - Recebida a comunicação referida no n.º 1 do artigo anterior, o juiz nomeia defensor ao internando e dá vista nos autos ao Ministério Público.

2 - Realizadas as diligências que reputar necessárias, o juiz profere decisão de manutenção ou não do internamento, no prazo máximo de quarenta e oito horas a contar da privação da liberdade nos termos dos artigos 23.º e 25.º, n.º 3.

3 - A decisão de manutenção do internamento é comunicada, com todos os elementos que a fundamentam, ao tribunal competente.

4 - A decisão é comunicada ao internando e ao familiar mais próximo que com ele conviva ou à pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, bem como ao médico assistente, sendo aquele informado, sempre que possível, dos direitos e deveres processuais que lhe assistem.

Artigo 27

Decisão final

1 - Recebida a comunicação a que se refere o n.º 3 do artigo anterior, o juiz dá início ao processo de internamento compulsivo com os fundamentos previstos no artigo 12.º, ordenando para o efeito que, no prazo de cinco dias, tenha lugar nova avaliação clínico-psiquiátrica, a cargo de dois psiquiatras que não tenham procedido à anterior, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

2 - É ainda correspondentemente aplicável o disposto no artigo 15.º

3 - Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica e realizadas as demais diligências necessárias, é designada data para a sessão conjunta, à qual é correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 18.º, 19.º, 20.º e 21.º, n.º 4.

SECÇÃO V

CASOS ESPECIAIS

Artigo 28

Pendência de processo penal

1 - A pendência de processo penal em que seja arguido portador de anomalia psíquica não obsta a que o tribunal competente decida sobre o internamento nos termos deste diploma.

2 - Em caso de internamento, o estabelecimento remete ao tribunal onde pende o processo penal, de dois em dois meses, informação sobre a evolução do estado do portador de anomalia psíquica.

Artigo 29

Internamento compulsivo de inimputável

1 - O tribunal que não aplicar a medida de segurança prevista no artigo 91.º do Código Penal pode decidir o internamento compulsivo do inimputável.

2 - Sempre que seja imposto o internamento é remetida certidão da decisão ao tribunal competente para os efeitos do disposto nos artigos 33.º, 34.º e 35.º

TÍTULO II

DA LUTA CONTRA AS DOENÇAS CONTAGIOSAS

Artigo 30

Luta contra as doenças contagiosas

A luta contra as doenças contagiosas abrange a ação profilática, a terapêutica e a educativa:

- a) A ação profilática é constituída pelo conjunto de medidas preventivas de natureza individual e coletiva;
- b) A ação terapêutica consiste no tratamento, em regime ambulatorio, domiciliário ou de internamento;
- c) A ação educativa é constituída pelas medidas destinadas à divulgação e propaganda dos preceitos de higiene e de medicina preventiva

Artigo 31

Obrigatoriedade de tratamento

1 – Qualquer pessoa infetada com doença contagiosa que constitua um perigo grave e imediato para a saúde pública é obrigada a tratamento em regime ambulatorio, preferencialmente.

2 – A observação e vigilância da pessoa infetada deverão ser efetuadas em consultas no sistema nacional de saúde.

3 – Após a observação e vigilância da pessoa infetada deve esta ser advertida da gravidade e consequências da doença e do perigo do seu contágio.

CAPÍTULO I

INTERNAMENTO COMPULSIVO DE PESSOAS PORTADORAS DE DOENÇAS CONTAGIOSAS

SECÇÃO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 32

Definições

Para efeitos do disposto no presente título, considera-se:

- a) Internamento compulsivo: internamento por decisão judicial do infetado com doença contagiosa grave;
- b) Internando: portador de doença contagiosa grave submetido ao processo conducente à decisão de internamento compulsivo;
- c) Estabelecimento: hospital ou instituição análogo que permita o tratamento do infetado com doença contagiosa grave;
- d) Autoridades de saúde pública: as como tal qualificadas por lei.

Artigo 33

Princípios gerais

- 1 – O internamento só pode ser decretado quando esta for a única forma de garantir a submissão a tratamento, cessando logo que os fundamentos que lhe deram causa findem.
- 2 – O internamento compulsivo só pode ser decretado se for proporcionado ao grau de perigo representado pelo portador de doença contagiosa e por causa dela.
- 3 – Sempre que possível, é o tratamento efetuado em regime ambulatorio.
- 4 – As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento.

Artigo 34

Direitos e deveres processuais do internando

- 1 – O internando goza, em especial, do direito de:
 - a) Ser informado dos direitos que lhe assistem;
 - b) Estar presente nos atos processuais que diretamente lhe disserem respeito, exceto se o seu estado de saúde o impedir;
 - c) Ser ouvido pelo juiz sempre que possa ser tomada uma decisão que pessoalmente o afete;
 - d) Ser assistido por defensor, constituído ou nomeado, em todos os atos processuais em que participar e ainda nos atos processuais que diretamente lhe disserem respeito e em que não esteja presente.
- 2 - Recai sobre o internando o especial dever de se submeter às medidas e diligências previstas nos artigos 13, 17, 20 e 24.

Artigo 35

Direitos e deveres do internado

- 1 – O internado mantém os direitos reconhecidos aos internados nos hospitais gerais.
- 2 – O internado goza, em especial, do direito de:

- a) Ser informado e, sempre que necessário, esclarecido dos direitos que lhe assistem;
- b) Ser esclarecido sobre os motivos da privação de liberdade;
- c) Ser assistido por defensor constituído ou nomeado, podendo comunicar em privado com este;
- d) Recorrer da decisão de internamento e da decisão que o mantenha;
- e) Votar, nos termos da lei;
- f) Enviar e receber correspondência.

3 – O internado tem o especial dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados.

SECÇÃO II

INTERNAMENTO

Artigo 36

Não cooperação com o tratamento

Qualquer pessoa que não coopere com o tratamento, é advertida, por escrito, pela autoridade de saúde, de que pode ser internada compulsivamente.

Artigo 37

Internamento Compulsivo

A pessoa infetada com doença contagiosa que crie, por força dela, perigo imediato e grave para a saúde pública e que, depois de ser advertida nos termos do número anterior, não acate a advertência, recusando iniciar ou prosseguir o tratamento pode ser internado compulsivamente.

Artigo 38

Legitimidade

1 – Têm legitimidade para requerer o internamento as autoridades de saúde e o Ministério Público.

2 – O médico que, no exercício das suas funções, tenha conhecimento da recusa do tratamento deverá comunicá-la à autoridade de saúde competente para os efeitos do disposto no número anterior.

Artigo 39

Requerimento

1 – O requerimento é dirigido ao tribunal da área de residência do internando e formulado por escrito, sem quaisquer formalidades especiais.

2 – O requerimento deve ser sempre instruído com os relatórios clínicos que possam contribuir para a decisão do juiz.

Artigo 40

Termos subsequentes

1 – Recebido o requerimento, o juiz notifica o internando, informando-o dos direitos e deveres processuais que lhe assistem, e nomeia-lhe um defensor, cuja intervenção cessa se ele constituir mandatário.

2 - O defensor e o familiar mais próximo do internando que com ele conviva ou a pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges são notificados para requerer o que tiverem por conveniente no prazo de três dias.

3 - Para os mesmos efeitos, e em igual prazo, o processo vai com vista ao Ministério Público.

Artigo 41

Atos instrutórios

O juiz, oficiosamente ou a requerimento, determina a realização das diligências que se lhe afigurem necessárias e, obrigatoriamente, a avaliação clínica do internando, sendo este para o efeito notificado.

Artigo 42

Avaliação clínica

- 1 - A avaliação clínico-psiquiátrica é deferida ao hospital da área de residência do internando, devendo ser realizada por dois médicos, no prazo de três dias.
- 2 - Sempre que seja previsível a não comparência do internando na data designada, o juiz ordena a emissão de mandado de condução para assegurar a presença daquele.
- 3 - O serviço remete o relatório ao tribunal no prazo máximo de dois dias.
- 4 - O juízo técnico-científico inerente à avaliação clínica está subtraído à livre apreciação do juiz.

Artigo 43

Sessão conjunta

- 1 – Recebido o relatório da avaliação clínica o juiz designará hora para a sessão conjunta, a realizar nos dois dias posteriores ao recebimento do relatório, sendo notificados o internando, o defensor, o requerente e o Ministério Público.
- 2 - Na sessão conjunta é obrigatória a presença do defensor, do internando e do Ministério Público.
- 3 - Ouvidas as pessoas convocadas, o juiz dá a palavra para alegações sumárias ao mandatário do requerente, se tiver sido constituído, ao Ministério Público e ao defensor e profere decisão de imediato.
- 3 - Se o internando aceitar o internamento e não houver razões para duvidar da aceitação, o juiz providencia a apresentação deste no hospital mais próximo e determina o arquivamento do processo.

Artigo 44

Decisão

- 1 - A decisão sobre o internamento é sempre fundamentada.

2 - A decisão é notificada ao Ministério Público, ao internando, ao defensor e ao requerente. A leitura da decisão equivale à notificação dos presentes.

Artigo 45

Cumprimento da decisão de internamento

- 1 – O internamento deve ter lugar no hospital mais próximo da residência do internado.
- 2 - O juiz emite mandado de condução com identificação da pessoa a internar, o qual é cumprido, sempre que possível, pelo serviço do hospital referido no número anterior que, quando necessário, solicita a coadjuvação das forças policiais.
- 3 - Não sendo possível o cumprimento nos termos do número anterior, o mandado de condução pode ser cumprido pelas forças policiais.

SECÇÃO III

INTERNAMENTO DE URGÊNCIA

Artigo 46

Internamento de urgência

Nos casos urgentes a pessoa infetada pode ser internada imediatamente.

Artigo 47

Decisão da autoridade de saúde

- 1 – O médico que considerar que a situação do doente é urgente e que, no exercício das suas funções, tenha conhecimento da recusa de tratamento deverá comunica-la, de imediato, à autoridade de saúde competente.
- 2 – Ouvido o médico, a autoridade de saúde pode decretar, de imediato, o internamento compulsivo do doente em causa.

Artigo 48

A condução do doente

- 1 – A autoridade de saúde comunica, de imediato, às autoridades de polícia a necessidade de condução do doente ao hospital.
- 2 – O mandado de condução é cumprido pelas forças policiais.

Artigo 49

Intervenção do juiz

- 1 – A autoridade de saúde comunica, de imediato, a decisão de internamento ao Ministério Público.
- 2 – A autoridade de saúde ou o Ministério Público devem requerer, de imediato, a decisão do tribunal.

Artigo 50

Confirmação judicial

- 1 – No prazo de 24 horas, o doente é observado por dois médicos do serviço onde foi internado, que elaboram um relatório da situação clínica do internado para enviar ao tribunal competente.
- 2 – Recebida a comunicação referida no número anterior, o juiz nomeia defensor ao internando e dá vista nos autos ao Ministério Público.
- 3 – Realizadas as diligências que reputar necessárias, o juiz profere a decisão de manutenção ou não do internamento no prazo máximo de 48 horas.

Artigo 51

Libertação do internado

Não cumpridas, as disposições estabelecidas nos artigos anteriores, pela entidade competente, o internado será libertado.

Artigo 52

Decisão Final

Após confirmação do internamento compulsivo, o juiz dá início ao processo de internamento compulsivo e profere decisão final.

TÍTULO III

DISPOSIÇÕES COMUNS

Artigo 53

Regras de competência

1 - O tribunal competente é o tribunal judicial de competência genérica da área de residência do internando.

2 - Se na comarca da área da residência do internando o tribunal judicial for desdobrado em juízos criminais ou, na falta destes, em juízos de competência especializada criminal, a competência caberá a estes.

Artigo 54

Recorribilidade da decisão

1. Da decisão do Tribunal cabe recurso para o Tribunal da Relação competente.
2. Tem legitimidade para recorrer o internado, o seu defensor, quem requerer o internamento nos casos de internamento compulsivo por anomalia psíquica e o Ministério Público.
3. Todos os recursos têm efeito meramente devolutivo.

Artigo 55

Substituição do internamento

- 1 - O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade.
- 2 - A substituição depende de expressa aceitação, por parte do internado, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente para o tratamento em regime ambulatorio.
- 3 - A substituição é comunicada ao tribunal competente.
- 4 - Sempre que o portador da anomalia psíquica deixe de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento.
5. Sempre que necessário, o estabelecimento solicita ao tribunal competente a emissão de mandados de condução a cumprir pelas forças policiais.

Artigo 56

Cessaçao do internamento

- 1 - O internamento finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem.
2. A cessação ocorre por alta dada pelo diretor clínico do estabelecimento:
 - a) fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do serviço de saúde onde decorreu o internamento, ou por decisão judicial, nos casos de internamento compulsivo por anomalia psíquica;
 - b) fundamentado em relatório clínico do serviço de saúde onde ocorreu o internamento ou por decisão judicial, ouvido sempre o médico, quando se trate de internamento compulsivo de infetados com doença contagiosa.
- 3 - A alta é imediatamente comunicada ao tribunal competente.

Artigo 57

Revisão da situação do internado

- 1 - Se for invocada a existência de causa justificativa da cessação do internamento, o tribunal competente aprecia a questão a todo o tempo.

2 - A revisão é obrigatória, independentemente de requerimento, decorridos dois meses sobre o início do internamento ou sobre a decisão que o tiver mantido, quando esteja em causa o internamento compulsivo por anomalia psíquica, ou quinzenalmente, quando esteja em causa o internamento compulsivo de infetado de doença contagiosa.

3 – Nos casos do internamento compulsivo por anomalia psíquica:

- a) Tem legitimidade para requerer a revisão o internado, o seu defensor e as pessoas referidas no artigo 13.º, n.º 1.
- b) Para o efeito do disposto no n.º 2 o estabelecimento envia, até 10 dias antes da data calculada para a revisão, um relatório de avaliação clínico-psiquiátrica elaborado por dois psiquiatras, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

4 - A revisão obrigatória tem lugar com audição do Ministério Público, do defensor e do internado, exceto se o estado de saúde deste tornar a audição inútil ou inviável.

Artigo 58

Evasão

1 – Se o internado compulsivamente se evadir do hospital ou estabelecimento, em que se encontre por decisão do tribunal, comete um crime de desobediência previsto e punível nos termos do art.º 348 do Código Penal.

2 – Se o doente espontaneamente regressar ao hospital ou se entregar às autoridades, a pena poderá ser especialmente atenuada.

Artigo 59

Comunicação de evasão

O serviço onde o doente se encontra internado compulsivamente, deve comunicar a evasão, de imediato, à autoridade de saúde que, por sua vez, a comunicará ao Ministério Público e às autoridades policiais.

Artigo 60

Termos subsequentes

Quanto à recondução ao hospital e à intervenção e decisão judicial observar-se-á o disposto no internamento de urgência.

TÍTULO III

DA NATUREZA E DAS CUSTAS DO PROCESSO

Artigo 61

Natureza do processo

Os processos previstos no presente capítulo têm natureza secreta e urgente.

Artigo 62

Custas

Os processos previstos neste capítulo são isentos de custas.

TÍTULO IV

Disposições finais

Artigo 63

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor seis meses após a sua publicação.

Artigo 64

Revogação

1 - É revogada a Lei n.º 36/98 de 24 de Julho.

2 - É revogada a Lei n.º 2036, de 9 de Agosto de 1949.

BIBLIOGRAFIA

A

ALBERGARIA, Pedro Soares de; A Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 de 24 de julho) – Anotada. Lisboa; Almedina, 2006;

ALBUQUERQUE, Cristina e **ALBUQUERQUE**, Emília, Internamentos e Tratamentos Compulsivos em Psiquiatria, in Taborda, Mário (Coord.). Ética em Psiquiatria. Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, 1992, p. 75-86

ALEXANDER, Franz G. e **SELESNICK**, Sheldon T., História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até ao presente. Tradução de: Aydano Arruda, 2ª Ed. São Paulo: IBRASA, 1980

ALVES, Herculano (ofmcap) et col. – Nova BIBLIA dos Capuchinhos – Para o Terceiro Milénio da Encarnação. Fátima: Difusora Bíblica, 1985.

ANTUNES, Maria João; Medidas de Segurança de Internamento e Facto de Inimputável em Razão de anomalia Psíquica; Coimbra Editora, 2002;

ARAÚJO, Carlos; O tratamento/internamento compulsivo do doente mental – passo necessário, mas não suficiente; *in* A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 63 a 70, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora;

B

BARRETO, Ireneu Cabral; A Convenção Europeia dos Direitos do Homem e os Direitos dos Doentes Mentais. Revista de Psiquiatria. N.º 2. Vol. XIII. P. 109-123. Maio/agosto 2000

BARRETO, João, A capacidade mental para consentir. In Taborda, Mário (Coord.), Ética em Psiquiatria, Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, 1992, p. 213-219

_____; Doença Psíquica, in ARCHER, Luis; BISCAIA, Jorge; e OSSWALD, Walter; Bioética, Lisboa – São Paulo, Editorial Verbo, 1996, p. 314-323

_____; O internamento forçado nas doenças mentais. Bem da pessoa e bem comum: um desafio à Bioética. Coimbra, Centro de Estudos da Bioética, Gráfica de Coimbra, VIII, 1998, p. 187-192

BRITO, José Henrique Silveira de; Bioética e Lei de Saúde Mental; in *Brotérica*, 2006, V. 163, n. 1, p. 33 – 45;

C

CABRERA FORMEIRO, José / **FUERTES ROCAÑÍN**, José Carlos; *Psiquiatria y derecho, dos ciencias obligadas a entender-se*. Manual de psiquiatria forense, Madrid: Cauce Editorial, 1997;

CAETANO, Marcelo; *Manual de Direito Administrativo II*, 1972, Coimbra Editora, p. 1165;

_____; A constituição de 1933 – Estudo de Direito Político, p. 26;

CANOTILHO, GOMES/MOREIRA, VITAL; *Constituição da República Portuguesa Anotada*;

CARVALHO, António Carlos do Carmo – jan. - março 1988, sobre o conceito de saúde mental. *Enfermagem. Revista Portuguesa da Associação Portuguesa de Enfermeiros*. Ano IV. p. 8-10

CARVALHO, Álvaro; Saúde mental: a efetiva integração no serviço nacional de saúde e os internamentos compulsivos, *in* *A lei de saúde mental e o internamento compulsivo* – p. 11 a 18, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora;

COELHO, Rui; **RAMOS**, Sónia. Setembro de 2015. Aspectos éticos da saúde mental (parte I). *Cadernos de Bioética*. Ano XVI, n.º 38. Coimbra: Gráfica de Coimbra. P. 171-200

COELHO, Rui; **RAMOS**, Sónia. Setembro de 2015. Aspectos éticos da saúde mental (parte I). *Cadernos de Bioética*. Ano XVI, n.º 39. Coimbra: Gráfica de Coimbra. P. 325-358

COSTA, Francisco Santos; Perigosidade e medidas de segurança. Reflexões a propósito de um caso de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica. Revista da Associação para o Estudo, Reflexão e Pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental, I (1996), 1, p. 63-64;

D

DANTAS, Leones; Notas sobre o internamento compulsivo na Lei de Saúde Mental; RMP, N. 76, 1998, p. 51 – 65;

—————; O processo de internamento na Lei de Saúde Mental; RMP, N. 90, 2002, p. 151 – 166;

DIAS CORDEIRO, J. C. – A Saúde Mental e a Vida: Pessoas e Populações em Risco Psiquiátrico. 3ª ed. Lisboa: Edições Salamandra, 1994;

—————; A Psiquiatria na história e na cultura, in Manual de Psiquiatria clínica, 2002, 2ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 37-44;

—————; Perspetivas preventivas em saúde mental, in Manual de Psiquiatria clínica, 2002 2ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 83-108;

—————; Psiquiatria Forense – a pessoa como sujeito ético em medicina e em direito. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 2003;

DIAS, Jorge de Figueiredo; Direito Penal Português. As consequências jurídicas do crime; Aequitas, p. 451;

—————; Palavras finais do Prof. Doutor Jorge de Figueiredo Dias à Conferência do Procurador-Geral da República; in A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 61, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora;

DIAS, Miriam; Manicómios: sua crítica e possibilidade de superação. In: PUEL, Elisa et. al. – Saúde Mental: transpondo as barreiras hospitalares. Porto Alegre: Decasa Editora, 1997. p. 11-19.

F

FERNANDES, Barahona, da psiquiatria para a saúde mental: um modelo antropológico médico. Lisboa: Ed. Gráfica Portuguesa, 1980, p. 9-30

FERNANDES, H. J. Barahona. – Um Século de Psiquiatria. In: PICHOT, P.; FERNANDES, Barahona – Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal. Lisboa, Serviço Científico «Roche» da Roche Farmacêutica Química, Lda., 1984a, p.7 a 11.

FIDALGO, Sónia; Internamento compulsivo de doentes com tuberculose; LEX MEDICINAE – Revista Portuguesa de Direito da Saúde – Ano I – N.º 2 – 2004 – Centro Biomédico, p. 87-124;

FIGUEIREDO, Margarida, para que serve uma lei de Saúde Mental? Reflexões e práticas. Revista da Ordem dos Médicos, ano 16, N.º 20, fev./março, 2001, p. 20-21

FONSECA, Fernandes da Psiquiatria e Psicopatologia, I Vol., 2ªEd., Serviço de Educação. Fundação Calouste Gulbenkian, 1997

FONSECA, Fernandes da; Psiquiatria e Psicopatologia, Vol. II, Lisboa, FCG, 1987;

FOUCAULT, Michel; la signification de la folie selon, Altarista, p. 3;

_____ ; Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, p. 133;

_____ ; História da Loucura na Idade Clássica. 6ª ed. São Paulo: Editora Perspetiva, 2000.

FOUCAULT, Michel; la signification de la folie selon, Altarista, p. 3;

_____ ; Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, p. 133;

_____ ; História da Loucura na Idade Clássica. 6ª ed. São Paulo: Editora Perspetiva, 2000.

G

GONÇALVES, Pedro Correia; O Estatuto Jurídico do Doente Mental. Com referência à Jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. 2009. Lisboa: Quid Iuris

H

HATTSTEIN, Markus - Religiões do Mundo. Colónia: Könnemann VerlagsgesellschaftmbH, 2000.

HOLMES, David S. – Psicologia dos Transtornos Mentais. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 1997.

HOWARD, Patricia B. – 36. Aspectos de Saúde Mental. In: STANHOPE, Márcia; **LANCASTER**, Jeanette – Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 1ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999. p. 758-774.

HUPPERT FA e Timothy TC So 2013 Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. Soc Indic Res. 110:837– 861

J

JARA, José Manuel; Análise sobre a proposta de Lei de Saúde Mental, Revista de Psiquiatria Hospitalar Júlio de Matos, n. 2, 1997, p. 93 – 102;

—————; A teoria e a prática do internamento compulsivo, Revista de Psiquiatria Hospitalar Júlio de Matos, n. 2, 2000, p. 124 – 128;

L

LATAS, António João, **VIEIRA**, Fernando; Notas e comentários à Lei de Saúde Mental, Centro de Estudos Judiciários, Coimbra Editora, Coimbra, 2004;

M

MARQUES, António dos Reis, Lei da saúde mental e internamento compulsivo, *in* A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 111 a 119, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora;

MATOS, JÚLIO; A paranoia, ensaio pathogenico sobre os delírios sistematizados, Lisboa, Tavares Cardoso & Irmão, 1898;

—————; os alienados nos tribunais I e II, Lisboa, Tavares Cardoso & Irmão, 1902 e 1903; e II, Lisboa: Livraria Clássico Editora, 1907;

—————; Elementos de psiquiatria, Porto, Lello & Irmão, 1911;

—————; A loucura, Estudos clínicos e médico-legais, Lisboa, Livraria Clássico Editora, 1914;

MENDES, Francisco Miller; A nova lei de saúde mental, *in* A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 99 a 110, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora;

MENEZES LEITÃO, Luis Manuel Teles de; O internamento compulsivo do doente mental perigoso na lei da saúde mental, *in* Estudos de Direito de Bioética – p. 129 a 139, Almedina;

MILHEIRO, Jaime – Loucos são os Outros. 2ª ed. Lisboa: Edições Fim de Século, Lda., 2000 e Jaime Milheiro, 2001, p. 301

MIRANDA, Jorge; **MEDEIROS**, Rui, Constituição da República Portuguesa Anotada, Tomo I, 2010, 2. Ed. Revista, atualizada e ampliada, Coimbra, Coimbra Editora.

MOTA, Electroconvulsivoterapia? Não Obrigado; *in* JULGAR, online - 2014

MUSTO, David – 2. A historical perspective. *In*: BLOCH, Sidney; CHODOFF, Paul – Psychiatric Ethics. 2ª ed. New York: Oxford University Press, 1994.

O

OLIVEIRA, J. F. Reis de, Saúde Mental numa perspetiva histórica e sociológica. Revista de Psiquiatria, Vol. XI, n.º 1, janeiro/março, 1998, p. 43-49

OSSWALD, Walter; uma reflexão ética sobre cuidados de saúde mental, *in* Ascensão, José Oliveira, coord. – Estudos de Direito da Bioética. Vol. III, Coimbra, Almedina

P

PEREIRA, Ana Leonor; A institucionalização da loucura em Portugal, *in* Revista Crítica de Ciências Sociais; N. 21, novembro 1986; p. 85 e ss.;

PEREIRA, André Gonçalo Dias; Sida, Toxicodependência e esquizofrenia: Estudo jurídico sobre o internamento compulsivo; LEX MEDICINAE, ano 7, N.º 14 (2010), p. 63-79;

PICHOT, P. – Um Século de Psiquiatria. In: PICHOT, P.; FERNANDES, Barahona – Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal. Lisboa: Serviço Científico «Roche» da Roche Farmacêutica Química, Lda., 1984, p.12 a 235.

R

RODRIGUES, António; Lei sintónica com a evolução do pensamento e da cultura democráticos, *in* A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 93 a 98, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora;

RODRIGUES, Cunha; sobre o estatuto jurídico das pessoas afetadas de anomalia psíquica, *in* A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 19 a 52, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora;

RODRIGUES, João Vaz; O consentimento informado para o ato médico no ordenamento jurídico português (elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente). Centro de Direito Biomédico, N.º 3. Coimbra; Coimbra Editora

ROQUE, Desembargador Hélder; uma reflexão sobre a nova Lei de Saúde Mental; *in* A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 121 a 131, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora;

S

SARMENTO, Luís Filipe – Tora. Mem-Martins: Sporpress, 2003.

SILVA, Paula Martinho da, O internamento forçado nas doenças mentais. Breve perspetiva dos quadros “O louco” de Dominguez Alvarez e a “Antítese da Calma” de António Dacosta. Bem da pessoa e bem comum: um desafio à bioética. Centro de Estudos de Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra, VIII, 1998, p. 181-186

T

TOWNSEND, Mary C. – Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados. 3ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A., 2002.

V

VAZ SERRA, Álvaro; Palavras finais do Prof. Dr. ° Adriano Vaz Serra à conferência do Procurador-Geral da República – comentários críticos à lei de saúde mental e o internamento compulsivo, *in* A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 53 a 60, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora;

VIEIRA DE ANDRADE, José Carlos; O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspetiva dos direitos fundamentais, *in* A lei de saúde mental e o internamento compulsivo – p. 71 a 91, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Biomédico, Coimbra Editora;

_____; Os Direitos Fundamentais na Constituição de 1976, 2009, 4. Ed. Coimbra, Almedina

ARTIGOS

MEMORANDO BIOÉTICA E SAÚDE MENTAL, conselho nacional de ética para as ciências da vida Relatoras: Lucília Nunes e Maria de Sousa

Psiquiatria e saúde mental. Rede de referenciação hospitalar, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, 2001

Resolução do Conselho de Ministros, n.º 49/2008 de 6 de março de 2008 – Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)

Global Mental Health Resources and Services: A Who Survey Of 184 Countries. http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/12/00_Morris.pdf

Livro Verde da comissão, de 14 de outubro de 2005, “Melhorar a saúde mental da população: - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia”, COM (2005) - Não publicado no Jornal Oficial // WHO. Strengthening mental Health promotion. Geneva, World Health Organization, 2001

Internamento compulsivo reúne consensos, in Público, edição de 28 de fevereiro de 2011.

Livro Verde da comissão, de 14 de outubro de 2005, “Melhorar a saúde mental da população: - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia”, COM (2005) - Não publicado no Jornal Oficial

Programa Nacional para a Saúde Mental. Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental. Março 2012, p. 39.

WHO. Strengthening mental health promotion. Geneva, World Health Organization, 2001 (Fact sheet No. 220). p.1. "a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community" <https://apps.who.int/inf-fs/en/fact220.html>. Cf. GREEN PAPER, UE, 2005, p. 4.

Portugal. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Sumário executivo, p. 5. (e Relatório da Comissão de Reestruturação dos serviços de saúde mental, 2007, p. 12).

WHO European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions, Helsinki, Finland, 14 January declaration-for-europe.

Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. 2005.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf

Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO, 2008.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf

LINKS:

<http://www.aspesm.org/>

<http://www.portaldasaude.pt>

<http://www.adeb.pt/>

<http://rmp.smmp.pt/>

<http://julgar.pt>

JURISPRUDÊNCIA

Ac. 0535475 do Tribunal da Relação do Porto, in <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/0/67d096fab14ced4c802570b20053968e?OpenDocument>

Ac. 2228/08.6TVLSB.L1-1 do Tribunal da Relação de Lisboa, in <http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/a31fd69ccea73b5d80257d5d002fc25b?OpenDocument&Highlight=0,Lei,N.%C2%BA,36%2F988>

Ac. 0514697 do Tribunal da Relação do Porto, in <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/c4c0347dfa5f1a2f80257103003c591b?OpenDocument&Highlight=0,0514697>

Ac. 3736/07.1TVLSB.L1.S.1 do Supremo Tribunal de Justiça, in <http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/6054d72ff82e15d480257761005225db?OpenDocument>

Ac. 9216/2003-9 do Tribunal da Relação de Lisboa, in <http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/e6e1f17fa82712ff80257583004e3ddc/be24ea551e70bd348025710e00446859?OpenDocument>

Ac. 0535475 do Tribunal da Relação do Porto, in <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/0/67d096fab14ced4c802570b20053968e?OpenDocument>

Ac. 2228/08.6TVLSB.L1-1 do Tribunal da Relação de Lisboa, in <http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/a31fd69ccea73b5d80257d5d002fc25b?OpenDocument&Highlight=0,Lei,N.%C2%BA,36%2F988>

Ac. 0514697 do Tribunal da Relação do Porto, in <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/c4c0347dfa5f1a2f80257103003c591b?OpenDocument&Highlight=0,0514697>

Ac. 3736/07.1TVLSB.L1.S.1 do Supremo Tribunal de Justiça, in <http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/6054d72ff82e15d480257761005225db?OpenDocument>

Ac. 9216/2003-9 do Tribunal da Relação de Lisboa, in
<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/e6e1f17fa82712ff80257583004e3ddc/be24ea551e70bd348025710e00446859?OpenDocument>

ÍNDICE

AGRADECIMENTO	2
SIGLAS E ABREVIATURAS	3
RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
PALAVRAS CHAVE	7
KEY WORDS	7
INTRODUÇÃO	8
TÍTULO I - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL.....	10
TÍTULO II - A LEI DA SAÚDE MENTAL	22
DIREITOS FUNDAMENTAIS	24
DIREITO INTERNACIONAL E EUROPEU	24
CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA	26
LEI DE BASES DA SAÚDE	30
LEI DE BASES DE LUTA CONTRA AS DOENÇAS CONTAGIOSAS	31
LEI DA SAÚDE MENTAL.....	32
TÍTULO III - DO INTERNAMENTO.....	34
DEFINIÇÕES	34
PRINCÍPIOS ESTRUTURANTES.....	37
DIREITOS E DEVERES.....	39
INTERNAMENTO COMPULSIVO	43
PRESSUPOSTOS DO INTERNAMENTO COMPULSIVO	46
DESENCADear DO PROCESSO.....	54
III - INTERNAMENTO DE URGÊNCIA	65
IV - CASOS ESPECIAIS DE INTERNAMENTO COMPULSIVO.....	69
V – MODOS DE REAÇÃO E DE CESSAÇÃO DO INTERNAMENTO COMPULSIVO	70

VI – A EXTENSÃO (OU NÃO) DO INTERNAMENTO COMPULSIVO AO PORTADOR DE DOENÇA CONTAGIOSA	73
O REGIME EM DIREITO COMPARADO.....	76
CONCLUSÃO	79
PROPOSTA DE REVISÃO E ALTERAÇÃO DA LEI DA SAÚDE MENTAL	81
BIBLIOGRAFIA.....	106
ARTIGOS	114
LINKS:	115
JURISPRUDÊNCIA.....	116
ANEXOS	1169

Acórdãos STJ**Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça**

Processo: 3736/07.1TVLSB.L1.S.1
Nº Convencional: 1ª SECÇÃO
Relator: PAULO SÁ
Descritores: RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO
ANOMALIA PSÍQUICA
INTERNAMENTO
INTERNAMENTO COMPULSIVO
DECISÃO JUDICIAL
PRINCÍPIO DA NECESSIDADE
PRINCÍPIO DA ADEQUAÇÃO
PRINCÍPIO DA PROPORCIONALIDADE
Nº do Documento: SJ
Data do Acórdão: 06/22/2010
Votação: UNANIMIDADE
Texto Integral: S
Privacidade: 1
Meio Processual: REVISTA
Decisão: CONCEDIDA
Sumário :

I - O internamento do portador de anomalia psíquica destina-se a dar guarida constitucional a intervenções restritivas da liberdade, justificadas pela existência de anomalia psíquica grave. Dada a natureza de intervenção restritiva do internamento compulsivo, justifica-se, também aqui, o princípio da proibição do excesso (cf. Lei da Saúde Mental, arts. 8.º, 9.º e 11.º). A CRP impõe ainda outras dimensões garantísticas: 1) o internamento deve ser feito em estabelecimento adequado, devendo entender-se como tal um hospital ou instituição análoga que permita o tratamento do portador de anomalia psíquica; 2) deve ser sujeito à reserva de decisão judicial (decretação ou confirmação do internamento).

II - Há um princípio de tipicidade das privações de liberdade, ao que acresce que, as privações de liberdade, sendo excepcionais, estão sujeitas aos requisitos materiais da necessidade, da adequação e da proporcionalidade. Para aferir da proporcionalidade da privação da liberdade, a jurisprudência do TC tem destacado a importância decisiva da duração e das condições em que se verificou a restrição de liberdade.

III - *In casu*, a privação de liberdade a que o autor foi sujeito é, nos seus efeitos práticos, equiparável à situação por que passa a generalidade das pessoas com problemas do foro psiquiátrico, sendo certo que aquele, apesar de se ter rebelado contra o tratamento, aceitou o internamento inicialmente, o que implica o reconhecimento da sua doença, igualmente subjacente à alta concedida consequente à sua declaração de compromisso relativamente ao tratamento ambulatorio, o que nos remete para o afastamento, em concreto, de qualquer desnecessidade, inadequação ou desproporcionalidade.

Decisão Texto Integral:

Acordam no Supremo Tribunal de Justiça:

I. AA intentou, na Comarca de Lisboa (8.ª Vara), acção declarativa de condenação, com processo comum, sob a forma ordinária contra o **ESTADO PORTUGUÊS**, pedindo a condenação do réu no pagamento da quantia de € 60.000,00, a título de indemnização por danos não patrimoniais.

Para tanto, alegou sumariamente:

Na sequência de mau relacionamento com a sua mulher, esta encaminhou-o para uma consulta de psiquiatria, na qual, a médica,

sem o observar, elaborou um relatório, onde referia a necessidade do seu internamento compulsivo. Nesse mesmo dia, 22.06.04, agentes da PSP conduziram-no ao Hospital de S.ta Maria, onde, sem qualquer exame, foi determinado o seu internamento, tendo, desde então, ficado privado da liberdade.

O processo de confirmação judicial do internamento apenas teve início em 16.07.04 e a decisão de confirmação do internamento apenas ocorreu em 20.07.04, quando, na verdade, a decisão deveria ter sido proferida até 18.07.04, sendo que, durante todo o tempo do internamento, o autor esteve privado da liberdade, sem poder sair, sedado com forte medicação e sem ter possibilidade de contactar quem quer que fosse.

A secretaria judicial apenas cumpriu o despacho no dia 21.07.04 e, aquando da elaboração do ofício de notificação, o autor foi mal identificado e terá sido por via de tal erro que o autor nunca teve direito a defesa e, designadamente, o defensor nomeado nunca o contactou, nem teve qualquer intervenção no referido processo.

O A, estando fortemente medicado e sedado, impedido de sair do hospital e com limitados contactos com o exterior, não teve conhecimento da nomeação do defensor, nem tão pouco teve possibilidade de ter qualquer contacto com o processo, o qual só conheceu após a alta hospitalar, em 12.08.04.

O autor sentiu desgosto e mal-estar com a situação criada que foi, na sua versão, vexatória e humilhante e, tudo isso afectou a sua honra e bom-nome.

Citado, contestou o Réu, defendendo-se por excepção (prescrição) e impugnando os factos.

Houve réplica, na qual o A. se pronunciou pela não verificação da prescrição.

Foi proferido despacho saneador, no qual se relegou para o final a decisão sobre a excepção. Procedeu-se à elaboração do elenco dos factos assentes e da base instrutória, tendo sido apreciada a reclamação apresentada pelo Réu e parcialmente atendida.

Instruída a causa, realizou-se a audiência de julgamento, após o que foram dadas respostas às questões de facto enunciadas na base instrutória, não tendo as partes apresentado qualquer reclamação.

A final, foi proferida sentença que julgou improcedente a excepção de prescrição e dela se absolveu o autor; julgou-se, também, totalmente improcedente, por não provada, a acção e, em consequência, absolveu-se o réu dos pedidos contra si formulados, com custas pelo autor.

Desta decisão recorreu o Autor, de apelação, tendo a Relação de

Lisboa decidido:

- a) alterar as respostas dadas ao perguntado nos n.os 9, 13, 16 e 17 da base instrutória, (...);
- b) revogar a sentença recorrida e, em sua substituição, condenar o ESTADO PORTUGUÊS a pagar ao Autor “a quantia de € 10.000,00 (dez mil euros) pelos danos não patrimoniais resultantes da privação das suas liberdades, que sofreu nos 28 dias que decorreram entre 16 de Julho e 12 de Agosto de 2004, na parte que foi causada, directa e necessariamente pelos actos praticados nos Juízos do Tribunal Criminal de Lisboa descritos no ponto 4.2.5. do acórdão, pelos quais o apelado pode ser responsabilizado;
- c) declarar que nada se provou que permita afirmar que os Oficiais de Justiça, Procuradores e Juízes que realizaram actos no processado identificado no ponto 4.2.5. do acórdão, actuaram com negligência grosseira, muito menos dolosamente, ou que nesses autos praticaram erros censuráveis ou ainda que procederam com diligência e zelo manifestamente inferiores àqueles a que se achavam obrigados em razão do cargo que cada um deles, respectivamente, à data dos factos ocupava”, com custas pelo apelante na proporção do seu decaimento, estando o ESTADO PORTUGUÊS isento do pagamento das mesmas.

Desta decisão recorre, ora, o Estado, de revista, para este STJ.

O recorrente conclui as suas alegações do seguinte modo:

1. O internamento do recorrido no HSM ocorreu por forma voluntária, por parte deste;
2. Estabelece também o art. 2.º, n.º 1 de Dec.Lei n.º 48051, de 21 de Janeiro de 1967, que o Estado e as demais pessoas colectivas públicas respondem civilmente perante terceiros, pelas ofensas dos direitos destes ou das disposições legais destinadas a proteger os seus interesses, resultantes de actos ilícitos culposamente praticados pelos respectivos órgãos ou agentes administrativos, no exercício das suas funções ou por causa desse exercício;
3. Nos termos do art. 483.º do Código Civil, o dever de reparação, resultante da responsabilidade civil por factos ilícitos, depende da verificação dos seguintes pressupostos:
existência de um facto voluntário do agente e não de um mero facto natural causador de danos; ilicitude desse facto; que se verifique um nexo de imputação do facto ao lesante; que da violação do direito subjectivo ou da lei derive um dano e que haja um nexo de causalidade entre o facto praticado pelo agente e o dano sofrido pela vítima, de modo a poder concluir-se que este resulta daquele;
4. Não se verifica qualquer nexo causal entre o internamento compulsivo do recorrido e os invocados danos morais por ele

sofridos;

5. Os «agentes judiciais» não violaram qualquer disposição legal destinada a proteger os direitos do recorrido, pelo que,

6. O duto Acórdão deverá ser revogado, julgando-se improcedente a acção e absolvendo-se o Estado Português.

Não houve contralegações.

Colhidos os vistos, cabe apreciar e decidir.

II. Fundamentação

II. A. De Facto

Nas instâncias foi fixada a seguinte matéria de facto, após as alterações introduzidas pela Relação (assinaladas a itálico):

A) O autor foi observado em Junho de 2004 pela Dra. BB, que subscreveu um documento, datado de 22.06.04, no qual pode ler-se que: “observei no meu consultório o Sr. AA que apresenta sintomatologia de convicção delirante, que como toda a psicose, não é acessível à argumentação lógica e como tal não (apresenta) aceita medicação. Este senhor está muito agressivo, a mulher com quem vive corre risco de vida – há facas e espingarda escondida em casa – e como tal este homem necessita de internamento compulsivo.(...)”.

B) Com base neste documento, a autoridade de saúde do Lumiar dirigiu ao Exmo. Senhor Comandante da Esquadra de, ao abrigo do artigo 22.º da lei de saúde mental, um mandado de condução do autor ao serviço de urgência de Psiquiatria do HSM, por sofrer de anomalias psíquicas graves, por existir situação de perigo para bens jurídicos de relevante valor, próprios ou alheios de natureza pessoal ou patrimonial e por recusar submeter-se à terapêutica médica necessária.

C) O autor foi conduzido ao serviço de urgências de psiquiatria do HSM por agentes da PSP no dia 22.06.04.

D) Nesse mesmo dia, 22.06.04, o autor assinou o termo de consentimento informado, onde se pode ler que: “declaro que fui informado e esclarecido sobre os procedimentos terapêuticos que me poderiam vir a ser aplicados durante o meu internamento de acordo com a boa prática clínica. Tive ocasião de colocar todas as questões e dúvidas que me foram suscitadas. Fui informado que a assinatura deste consentimento não afecta os meus direitos legais”, consentimento esse que foi comunicado aos juízos criminais de Lisboa, por fax de 23.06.04.

E) No dia 16.07.04, pelas 14.15h, o Sr. Dr. CC dirigiu ao Tribunal um fax com o seguinte teor: CC, (...) médico assistente do Sr. AA, internado no serviço de psiquiatria deste Hospital, vem por este

meio pedir que o internamento do doente acima referido passe para internamento compulsivo. Estamos disponíveis para enviar avaliação psiquiátrica quando for requisitada.

F) Nesse dia 16.07.04, o juiz competente solicita a avaliação psiquiátrica do autor.

G) No dia 19.07.04 foi feita insistência junto do Hospital para que fosse dado cumprimento ao despacho de 16.07.04.

H) Foi lavrada no processo uma cota com o seguinte teor:

“informo de que por motivo de desencontro entre a Sra. Juiz de turno e o funcionário este expediente que deu origem ao processo de lei de saúde mental n.º 477/04.5TLLSB só foi distribuído às 16.35h.”

I) No dia 20.07.04 foi proferido o despacho de fls. 39 com o seguinte teor: “1.º solicite-se ao CD da Ordem dos Advogados a indicação de defensor, nomeando-se desde já o que a ordem vier a indicar, 2.º Ao digno magistrado do MP e nada opondo determina-se a manutenção do internamento nos termos do disposto no artigo 26.º da lei 36/98 de 24.07 e atento a que se verificam os requisitos legais do artigo 22.º da mesma lei, com referência ao seu artigo 12.º (...)”

J) Nesse mesmo dia é remetida ao Tribunal uma informação clínico-psiquiátrica datada de 20.07.04 e subscrita pela Sra. Dra. DD e pelo Sr. Dr. EE, onde se pode ler que: “o sr. AA foi internado no serviço de psiquiatria do Hospital de Santa Marta a 23.06.04 por apresentar, desde há cerca de 2 anos, um quadro de ideias delirantes paranóides (envenenamento por parte da mulher) e relacionadas com o comportamento sexual da mulher.(...). O doente não revela crítica em relação à doença e apresenta um prognóstico reservado.(...) O doente AA apresenta uma anomalia psíquica grave actual que o incapacita para reger sua pessoa e bens, não sendo possível determinar a duração deste período de doença, podendo a incapacidade a ela associada ser temporária. Por este motivo é solicitado o internamento compulsivo do doente (...)”.

L) No dia 21.07.04 foi expedida notificação para o Conselho Distrital da Ordem dos Advogados, solicitando a nomeação de um defensor ao autor.

M) No dia 21.07.04 foi expedida outra notificação para o Director do Hospital de Santa Maria, comunicando que foi mantido o internamento de AA e solicitando a notificação deste do despacho do Sr. Juiz de 20.07.04, da informação dos direitos e deveres que lhe assistem, e solicitando que se apure junto do doente o nome e morada do parente mais próximo que com ele conviva.

N) Nessa notificação pedida ao Hospital de Santa Maria o autor é identificado do seguinte modo: AA, solteiro, filho de FF e de GG, natural da freguesia de São Sebastião da Pedreira, concelho de Lisboa, nacional de Portugal, nascido em 08.08.84, b.i. 00000000,

domicílio: Bairro, Estrada M....., ..., Carnide, Lisboa.

O) Em 21.07.04 seguiu uma notificação para a PSP de Lisboa.

P) O autor teve alta em 12.08.04.

Q) Em 03.08.04 é junto ao processo um relatório de avaliação clínico-psiquiátrico, datado do dia anterior.

R) No dia 11.08.04 é junto ao processo comunicação proveniente do HSM onde é referido que o autor teria alta no dia seguinte.

S) Em 17.09.04 é pedido pelo Tribunal que o HSM informe se o autor tinha efectivamente tido alta no dia inicialmente indicado para tal.

T) Foi extraída certidão do processo n.º 477/04.5TLLSB do Tribunal de Turno que originou o processo de internamento compulsivo n.º 484/04.8 TLLSB da 2ª secção do 6º juízo criminal de Lisboa, autuado em 23.07.04.

U) Nesse mesmo dia foi proferido o despacho de fls 27, cujo teor se dá por reproduzido, desse processo que manteve a nomeação do Sr. Dr. HH como defensor do autor e determinou a notificação do autor nos termos e para os efeitos dos artigos 15.º, n.ºs 1 e 11.º da lei de saúde mental.

V) Tal notificação foi solicitada ao Hospital de Santa Maria e por este efectuada na pessoa do autor, com menção dos seus direitos e deveres, tendo o autor recusado assinar tal notificação.

X) A notificação ao ilustre defensor nomeado continha correcta identificação do processo e mencionava que o autor se encontrava internado no Hospital de Santa Maria.

Z) Desde há alguns anos o autor tem vindo a ter problemas familiares, inclusive com a esposa (artigo 1.º da B.I.).

AA) O autor foi a uma consulta de psiquiatria com a Dra. BB (artigo 4.º da B.I.).

AB) Após ter consultado e examinado o autor, a Dra. BB elaborou o relatório referido em A) (artigo 6.º da B.I.).

AC) O autor foi conduzido por agentes da PSP ao Hospital de Santa Maria (artigo 7.º da B.I.).

AD) O Autor, depois de ocorridos os factos relatados nas alíneas A) a C) dos “Factos Assentes”, e já depois das 21 horas desse dia, foi internado no dia 22 de Junho de 2006, após ter assinado o documento denominado “consentimento informado – internamento” de fls. 101, parcialmente transcrito na alínea D) dos “Factos Assentes” e que aqui se dá por integralmente reproduzido, tendo esse internamento sido mantido, a partir de, pelo menos, o dia 25 de Junho de 2004, contra a sua vontade e com restrições no seu direito de usar o seu telemóvel e no de contactar com o exterior e receber visitas, estando, para além disso, proibido de sair do espaço em que estava instalado o “serviço” em que estava internado e tendo-lhe sido ministrada, durante todo o período que durou o internamento, medicação que

não solicitou nem quis tomar nem tomou livremente por, desde o início, ter referido que recusava “qualquer terapêutica psicotrópica” (artigo 9.º da B.I.).

AE) Durante o internamento, e para além do que consta da resposta ao n.º 9 a medicação que foi forçado a tomar diminuía, de forma bem perceptível, a sua capacidade de se aperceber claramente da situação em que se encontrava e a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas (artigo 13.º da B.I.).

AF) A privação de liberdade que o Autor sofreu causou-lhe mal-estar e um profundo desgosto, e que, com isso, o mesmo ficou debilitado (artigo 16.º da B.I.).

AG) O autor, impossibilitado de estabelecer e manter contactos com o exterior numa primeira fase, e, numa segunda com grandes limitações a tais contactos, não pode acompanhar o regular desenvolvimento processual, ainda que o quisesse ter feito (artigo 17.º da B.I.).

AH) O autor padecia de uma grave doença do foro psiquiátrico, classificável como “perturbação paranóide” ou “perturbação delirante crónica” caracterizada pela convicção e persistência de ideias paranóides (artigo 20.º da B.I.).

AI) No quadro dessa enfermidade, o autor poderia desenvolver comportamentos heteroagressivos, designadamente em relação à sua esposa, tal importando risco para a integridade física daquela e a necessidade do seu urgente e adequado tratamento médico (artigo 21.º da B.I.).

AJ) Como é característica das doenças psicóticas, o autor não denotava crítica em relação à enfermidade de que padecia e como tal recusava o necessário tratamento (artigo 22.º da B.I.).

AL) O contacto pessoal e a observação directa do autor permitiram à Dra. BBo constatar o estado da doença e concluir pela necessidade da sua sujeição a tratamento médico urgente, assim se justificando que tenha elaborado o relatório referido na alínea A) (artigo 23.º da B.I.).

AM) No dia 22.06.04, o autor foi internado pela Dra. II depois de o ter observado e de ter confirmado a sua doença e urgente carência de tratamento adequado (artigo 24.º da B.I.).

AN) Previamente a Sra. Dra. II explicou ao autor a necessidade do seu internamento e os procedimentos terapêuticos que se previa fossem utilizados (artigo 25.º da B.I.).

II.B. De Direito

Como resulta dos artigos 684.º, n.º 4 e 690.º do Código de Processo Civil as conclusões das alegações delimitam o âmbito do recurso.

A única questão que integra o objecto do recurso é a da

inexistência dos pressupostos da indemnização por factos ilícitos, designadamente, a ilicitude e o nexo causal.

II.B.1. No quadro constitucional dos direitos, liberdades e garantias pessoais ocupa lugar de relevo o direito à liberdade, consagrado no art.º 27.º da Constituição da República Portuguesa.

O citado normativo trata-o, no n.º 1, como um direito fundamental, indicando expressamente, no n.º 2, as medidas de privação da liberdade constitucionalmente admissíveis, estatuidando que essas medidas só podem decorrer de “sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança”.

Fora deste regime-regra define-se um rol variado, mas taxativo, de medidas de privação da liberdade, «pelo tempo e nas condições que a lei determinar» (n.º 3), nele se incluindo, entre outros, o «internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente» [al. h) desse n.º 3].

Finalmente, o preceito em análise, para além de impor um dever de informação imediato e de forma compreensível, para com o indivíduo objecto de tais medidas, das razões da privação da liberdade e dos direitos que lhe assistem, estabelece ainda o princípio da indemnização, pelo Estado, dos danos decorrentes da privação inconstitucional ou ilegal («contra o disposto na Constituição e na lei») da liberdade (n.os 4 e 5).

Diz expressamente o citado n.º 5 do artigo 27.º:

«A privação da liberdade contra o disposto na Constituição e na lei constitui o Estado no dever de indemnizar o lesado nos termos que a lei estabelecer.»

A responsabilidade civil do Estado é, assim, alargada, no domínio dos factos decorrentes da função jurisdicional, não ficando circunscrita ao plano do clássico erro judiciário (condenação injusta), a que alude o n.º 6 do art. 29.º do diploma fundamental.

A Constituição conforma-se com o que dispõe a Convenção Europeia sobre os Direitos do Homem (aprovada para ratificação pela Lei 65/78, de 13 de Outubro), que, no seu art. 5.º, depois de consignar que toda a pessoa tem direito à liberdade e segurança (n.º 1), acrescenta que ninguém pode ser privado da sua liberdade, salvo nos casos que explicita, entre eles «se se tratar da detenção legal de uma pessoa susceptível de propagar uma doença contagiosa, de um alienado mental, de um alcoólico, de um

toxicómano ou de um vagabundo», e remata, no n.º 5, estatuinto que «qualquer pessoa vítima de prisão ou detenção em condições contrárias às disposições deste artigo, tem direito a indemnização».

O internamento do portador de anomalia psíquica destina-se a dar guarida constitucional a intervenções restritivas da liberdade, justificadas pela existência de anomalia psíquica grave. Dada a natureza de intervenção restritiva do internamento compulsivo, justifica-se, também aqui, o princípio da proibição do excesso (cfr. Lei da Saúde Mental, arts. 8.º, 9.º e 11.º). A Constituição impõe ainda outras dimensões garantísticas: 1) o internamento deve ser feito em *estabelecimento adequado*, devendo entender-se por estabelecimento adequado um hospital ou instituição análoga que permita o tratamento do portador de anomalia psíquica (...); 2) deve ser sujeito à reserva de decisão judicial (decretação ou confirmação do internamento) – GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, 4.^a edição revista, Vol. I, Coimbra Editora, Coimbra, pp.483-484.

Estes AUTORES defendem que o artigo 27.º, n.º 5, da CRP alarga a responsabilidade civil do Estado a factos ligados ao exercício da acção jurisdicional, para além do mero erro judiciário.

E continuam: “O facto de a Constituição remeter para a lei a regulamentação da indemnização, não tolhe a aplicabilidade directa e imediata (cfr. 18.º-1) deste preceito, devendo os órgãos aplicadores do direito dar-lhe eficácia, mesmo na falta da lei (ACsTC n.os 90/89 e 160/95). Na falta de lei específica, deverá aplicar-se o DL n. 48.051, de 21-11-1967, com as devidas adaptações” (obra e volume citados, p. 485).

Temos para nós que não há que fazer aqui apelo ao artigo 22.º da Constituição, dado que o que está aqui verdadeiramente em questão é a privação da liberdade, sendo justificado recorrer ao que tem sido dito relativamente ao artigo 225.º do CPP e artigo 27.º, n.º 5, da Constituição.

Dissemos no acórdão de que fomos relator (Proc. 65/09-1, de 19.03.09):

“Cabe abordar ainda a suficiência do citado artigo 225.º do CPP e a sua constitucionalidade para determinar se ele constitui ou não ou, se é ele apenas, o normativo a que importa recorrer para a dilucidação do invocado direito indemnizatório.

O Tribunal Constitucional tem vindo a defender a tese da constitucionalidade do preceito (vejam-se entre outros os acórdãos n.os 90/84, 160/95, 12/2005 e 13/2005, todos em [www](http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/6054d72ff82e15d480257761005225db?OpenDocument)).

[tribunalconstitucional.pt](#)

E na citada jurisprudência constitucional, designadamente nos últimos acórdãos citados, é posta em destaque a ideia de que, «... no caso do artigo 27º, n.º 5, a intervenção legislativa, mais do que apenas uma concretização ou promoção do direito fundamental (e, assim, do que uma mera regulamentação da fixação da indemnização, na sua forma e *quantum*), é, por decisão do próprio legislador constitucional, constitutiva e conformadora do seu conteúdo, no exercício de uma liberdade que a Constituição quis deixar às opções de política legislativa.

Assim, é claro que o controlo judicial da conformidade com a Constituição se poderá aqui fazer apenas segundo um critério de evidência (isto é, destinado a apurar se é manifesta a inconstitucionalidade), e, designadamente, apenas quanto ao respeito pelo núcleo essencial do direito assegurado pelo artigo 27º, n.º 5, da Constituição, evitando que ele seja esvaziado ou aniquilado pelo concreto regime conformador.»

Não se desconhece que certa doutrina sustenta que a Constituição confere o direito de indemnização, independentemente de culpa e que o legislador ordinário não pode limitar a responsabilidade do Estado aos casos típicos de prisão preventiva ilegal ou injustificada (LUÍS GUILHERME CATARINO, *A Responsabilidade do Estado pela Administração da Justiça*, pp. 355 e 380; RUI MEDEIROS, *Ensaio Sobre a Responsabilidade Civil do Estado por Actos Legislativos*, p. 105; JOÃO AVEIRO PEREIRA, *Responsabilidade Civil por Actos Jurisdicionais*, p. 215).

Nessa linha se insere a posição de MÁRIO TORRES, extractada no voto de vencido, formulado nos acórdãos do TC n.os 12/2005 e 13/2005 já citados:

«Entendo que o artigo 27.º, n.º 5, da CRP, ao proclamar que “a privação da liberdade contra o disposto na Constituição e na lei constitui o Estado no dever de indemnizar o lesado nos termos que a lei estabelecer”, não reservou ao legislador ordinário a liberdade de optar entre a concessão, ou não, de indemnização pela privação ilegal da liberdade, mas tão só a de concretizar os requisitos e condicionamentos da concessão da indemnização constitucionalmente garantida, sempre subordinado ao princípio da proporcionalidade (na tripla perspectiva de proporcionalidade em sentido estrito, adequação e necessidade) e jamais diminuindo a extensão e o alcance do conteúdo essencial do preceito constitucional (artigo 18.º, n.ºs 2 e 3, da CRP).
(...) Mas é seguro que uma privação de liberdade é contrária à

Constituição e à lei sempre que for imposta em situações em que a Constituição e a lei a não permitem, seja por “erro de direito” de quem a decretou (por directa infracção de prescrições constitucionais e legais vigentes), seja por “erro de facto” (erro na apreciação dos pressupostos de facto), pois também nesta última hipótese a privação da liberdade acabou por ser decretada numa situação em que a Constituição e a lei a não permitiam. Nesta perspectiva, surge como não inteiramente rigorosa a diferenciação, feita nos dois números do artigo 225.º do CPP, entre prisão “ilegal” (no n.º 1) e prisão “não ilegal” (no n.º 2), já que uma prisão preventiva decretada com base em errada representação dos pressupostos de facto acaba por ser também uma prisão preventiva decretada em situação não permitida por lei e, por isso, neste sentido, “ilegal”».

Mas tal entendimento não tem sido acolhido pela jurisprudência largamente dominante deste Supremo (orientação de que divergiram os acórdãos do STJ, de 12.11.98, publicado na *CJSTJ*, VI, 3.º, p. 112 e de 11.03.2003, proc. 03A418, inserto em www.dgsi.pt), sendo que aquela abundante jurisprudência dominante, que não vemos razão para alterar, encontra apoio na lição de GOMES CANOTILHO E VITAL MOREIRA (*Constituição da República Portuguesa, Anotada*, 3ª ed, p. 187), donde resulta que o art. 225.º do C.P.P. interpreta correctamente o sentido do preceito constitucional do art. 27.º, n.º 5 (Acs. STJ de 3.12.98, Rev. 864/98, da 2.ª secção; de 11.11.99, Rev. 743/99, da 2.ª secção; de 9.12.99, Rev. 762/99, da 1.ª secção; de 6.1.00, Rev. 1004/99, da 7.ª secção; de 4.4.00, Rev. 104/00, da 6ª secção; de 20.6.00, Rev. 433/00, da 6.ª secção; de 19.9.02, Rev. 2282/02, da 7.ª secção; de 13.5.03, Rev. 1018/03, da 6.ª secção; de 27.11.03, Rev. 3341/03, da 7.ª secção).

Como se diz no acórdão deste STJ, de 1.6.2004, processo n.º 04A1572, in www.dgsi.pt:

«Consequentemente, face ao disposto nos arts. 27.º, n.º 5 da C.R.P. e 225.º do C.P.P., é de concluir não ser de aceitar "a imputação ao Estado, referida ao art. 22.º da Constituição (de cuja previsão o art. 27.º, n.º 5, constitui historicamente alargamento), de uma responsabilidade objectiva geral por actos lícitos praticados no exercício da função jurisdicional, em termos de abranger, para além do clássico erro judiciário, a legítima administração da justiça, em sede de detenção e de prisão preventiva legal e justificadamente efectuada e mantida; nem sequer a aplicação, sem outra exigência, neste hipótese especial, que é a ocorrente, do regime geral ou comum da responsabilidade civil extra-contratual previsto nos arts. 483 e 562 do C.C.”, como se lê no citado Ac.

deste S.T.J. de 27.11.03 (proferido na Rev. 3341/03, da 7.^a Secção)».

Na falta, neste caso, de uma norma como a do CPP citado, parece claro que é o Decreto-Lei n.º 48051 o aplicável, como defendem GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA, sendo certo que, atenta a aplicação da lei no tempo, está fora de questão a aplicabilidade aos factos referidos nos presentes autos do Regime da Responsabilidade Civil Extracontratual do Estado, resultante da Lei n.º 67/2007, de 31 de Dezembro.

II.B.2. Justifica-se que se faça agora, um breve apelo aos pressupostos genéricos de responsabilidade extracontratual.

Na nossa ordem jurídica, o princípio basilar do regime da responsabilidade civil extracontratual decorrente da prática de actos ilícitos encontra-se plasmado no art. 483.º, n.º 1, do C.C.

Enuncia tal norma que «aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação».

Como afirma MENESES LEITÃO (*Direito das Obrigações*, Almedina, Coimbra, 5.^a ed., vol. I, p. 285), tal artigo vem estabelecer «uma cláusula de responsabilidade civil subjectiva, fazendo depender a constituição da obrigação de indemnização da existência de uma conduta do agente (facto voluntário), a qual represente a violação de um dever imposto pela ordem jurídica (ilicitude) sendo o agente censurável (culpa), a qual tenha provocado danos (dano), que sejam consequência dessa conduta (nexo de causalidade entre o facto e o dano).»

São, assim, pressupostos de que depende o direito de indemnização assente nesta modalidade da responsabilidade civil: o facto; a ilicitude; a culpa; o dano; e o nexo de causalidade entre o facto e o dano (neste sentido, ver ainda, entre outros, ALMEIDA COSTA, *Direito das Obrigações*, 7.^a ed., Almedina, Coimbra, p. 483; ANTUNES VARELA, *Das Obrigações em Geral*, 10.^a ed., Almedina, Coimbra, vol. I, p. 526; e RUI DE ALARCÃO, *Direito das Obrigações*, 1983, Coimbra, p. 238).

O elemento básico da responsabilidade civil é o facto do agente – um facto voluntário.

Este facto consiste, por regra, num facto positivo, que importa a violação do dever de não ingerência na esfera de acção do titular do direito absoluto.

Mas, o facto pode traduzir-se também num facto negativo, numa omissão. Neste caso, a imputação ao agente exige a sua oneração com um dever especial de praticar o acto omitido. Dever esse que terá de resultar de contrato, da lei ou, resultar do facto de possuir coisas ou exercer actividades que se apresentam como potencialmente susceptíveis de causar dano a outrem, traduzindo-se o mesmo na obrigação de tomar providências adequadas a evitar a ocorrência de danos (cf. **Pires de Lima e Antunes Varela**, *Código Civil Anotado*, Coimbra Editora, Coimbra, vol. I, 4.^a ed., p. 488 e MENESES LEITÃO, obra e vol. citados, p. 287).

Fora do domínio da responsabilidade civil (por não haver *voluntas*) ficam os danos provocados por causa de *força maior* ou pela *actuação irresistível de circunstâncias fortuitas* (ANTUNES VARELA, *Das Obrigações...*, cit., vol. I, p. 529).

A ilicitude pode revestir duas formas essenciais: a) a violação de um direito de outrem (enquadram-se, aqui, tipicamente, os direitos absolutos); b) a violação da lei que protege interesses alheios.

Continuamos a seguir ANTUNES VARELA (*Das Obrigações...*, vol. I, pp. 552 e 553) que afirma:

«A violação do direito de outrem só é ilícita quando reprovada pela ordem jurídica. De um modo geral, pode dizer-se que a ilicitude é afastada quando se actua no regular exercício de um direito e no cumprimento de um dever jurídico. Há, ainda, causas especiais justificativas do facto: a acção directa, a legítima defesa, o estado de necessidade e o consentimento do lesado.»

A culpa exprime um juízo de censurabilidade da conduta pessoal do agente: este, em face das circunstâncias concretas do caso, devia e podia ter agido de outro modo.

A culpa pode revestir duas modalidades: o dolo e a negligência ou mera culpa.

Na falta de outro critério legal, a culpa é apreciada pela diligência de um bom pai de família, em face das circunstâncias de cada caso (art. 487.º, n.º 2 do CC).

O ónus da prova dos factos integrantes da culpa, no quadro da responsabilidade civil extracontratual, incumbe ao lesado, se não houver presunção legal de culpa (art. 487.º, n.º 1, do CC).

Para haver obrigação de indemnizar, é condição essencial que haja dano ou prejuízo a ressarcir.

Nem todos os danos sobrevivendo ao facto ilícito são, porém, ressarcíveis, mas, apenas, os resultantes do facto ou causados por ele, à luz da teoria da causalidade adequada, consagrada no art.º 563.º do CC.

II.B.3. Da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, a que doravante nos referiremos pela abreviatura LSM) são relevantes as seguintes disposições:

– Do capítulo II, Do internamento compulsivo, Secção I, Disposições gerais

Artigo 6.º

Âmbito de aplicação

1 – O presente capítulo regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica.

2 – O internamento voluntário não fica sujeito ao disposto neste capítulo, salvo quando um internado voluntariamente num estabelecimento se encontre na situação prevista nos artigos 12.º e 22.º

– Do capítulo II, Do internamento compulsivo, Secção III, Internamento

Artigo 12.º

Pressupostos

1 – O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.

2 – Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

– Do capítulo II, Do internamento compulsivo, Secção IV, Internamento de Urgência

Artigo 22.º

Pressupostos

O portador da anomalia psíquica pode ser internado compulsivamente de urgência, nos termos dos artigos seguintes, sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado.

Artigo 25.º

Termos subsequentes

1 – Quando da avaliação clínico-psiquiátrica se concluir pela necessidade de internamento e o internando a ele se opuser, o estabelecimento comunica, de imediato, ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquele, com cópia do mandado e do relatório da avaliação.

2 – Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não confirmar a necessidade de internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução.

3 – O disposto no n.º 1 é aplicável quando na urgência psiquiátrica ou no decurso de internamento voluntário se verifique a existência da situação descrita no artigo 22.º

Artigo 26.º

Confirmação judicial

1 – Recebida a comunicação referida no n.º 1 do artigo anterior, o juiz nomeia defensor ao internando e dá vista nos autos ao Ministério Público.

2 – Realizadas as diligências que reputar necessárias, o juiz profere decisão de manutenção ou não do internamento, no prazo máximo de quarenta e oito horas a contar da privação da liberdade nos termos dos artigos 23.º e 25.º, n.º 3.

3 – A decisão de manutenção do internamento é comunicada, com todos os elementos que a fundamentam, ao tribunal competente.

4 – A decisão é comunicada ao internando e ao familiar mais próximo que com ele conviva ou à pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, bem como ao médico assistente, sendo aquele informado, sempre que possível, dos direitos e deveres processuais que lhe assistem.

Artigo 27.º

Decisão final

1 – Recebida a comunicação a que se refere o n.º 3 do artigo anterior, o juiz dá início ao processo de internamento compulsivo com os fundamentos previstos no artigo 12.º, ordenando para o efeito que, no prazo de cinco dias, tenha lugar nova avaliação clínico-psiquiátrica, a cargo de dois psiquiatras que não tenham procedido à anterior, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

2 – E ainda correspondentemente aplicável o disposto no artigo 15.º

3 – Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica e realizadas as demais diligências necessárias, é designada data para a sessão conjuntas à qual é correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 18.º, 19.º, 20.º e 21.º, n.º 4.

II.B.4. Feita esta breve digressão pelas ideias essenciais na matéria em discussão, passemos à sua concreta aplicação ao caso vertente.

Começaremos por salientar que a acção está estruturada pelo A. contra o Estado, por factos cometidos pelos agentes judiciais. Ou seja, está fora de questão, a apreciação de qualquer acto censurável de outros eventuais funcionários ou agentes do Estado, designadamente, dos médicos.

Quanto às faltas que são apontadas aos agentes judiciais, pelo A, elas são as seguintes:

- Não cumprimento do prazo previsto no artigo 26.º, n.º 2, da LSM para a prolação da decisão de confirmação ou não do internamento;
- Não nomeação de defensor ao A. nos termos e prazo consignado no artigo 26.º, n.º 1, da LSM;
- Errada identificação do A. nas notificações dirigidas ao HSM, ao autor e à polícia;
- Não ter sido dada ao A. a possibilidade de se pronunciar, por não determinação imediata da notificação pessoal do interditando, do familiar mais próximo e do defensor, nos termos do artigo 15.º e 16.º da LSM e por, após se encontrar junta avaliação psiquiátrica do Autor, não ter sido marcada a sessão conjunta prevista nos art.s 18.º e 19.º da Lei n.º 36/98.

O douto Acórdão aponta ainda como “faltas” no processado, a “não atempada, no dia 20 de Julho de 2004, distribuição do processo que só foi realizada às 16h e 35m”, “o não cumprimento integral do despacho judicial proferido nesse dia, porque à hora a que o processo foi entregue pelo M.mo Juiz de turno na secretaria (16h e 55m) não se encontrava qualquer Magistrado do Ministério Público neste edifício”.

Como resulta dos autos, o A. conduzido coactivamente ao Hospital, aceitou aí ser submetido a internamento voluntário e aos procedimentos terapêuticos que lhe poderiam ser aplicados.

Uma vez internado, terá havido alteração de comportamento do A. e relutância em submeter-se à medicação.

Perante este quadro, que, no entanto, não chegou ao conhecimento do Tribunal, foi solicitado o internamento compulsivo.

A situação não se enquadra nas disposições relativas ao internamento de urgência, o que implicava um internamento compulsivo urgente, a que se seguiriam os trâmites conducentes à confirmação ou não do internamento.

Mas, nos termos conjugados dos art.s 6.º, n.º 2 e 12.º da LSM, podia ser ordenado o internamento compulsivo de quem estivesse voluntariamente internado, mas recusasse o tratamento médico, ou não tivesse o discernimento para o consentir, e fosse portador de anomalia psíquica grave, como era o caso do recorrido.

Aplicáveis, assim seriam as normas relativas ao internamento, designadamente o artigo 15.º e 16.º

Relativamente ao pedido de internamento compulsivo, recaiu sobre o mesmo, despacho judicial, datado de 20.07.04, determinando a manutenção do internamento.

E foi dado cumprimento ao demais disposto no artigo 15.º

Neste artigo e no seguinte não há qualquer fixação de um prazo curto de determinação de internamento compulsivo, à semelhança do artigo 26.º, nem a fixação de prazos preclusivos para notificação do internando, do familiar mais próximo e do defensor oficioso.

Constata-se, também que o A. foi notificado do despacho de fls. 39 e, de igual modo, o defensor oficioso foi notificado, patenteando-se que, apesar do erro de identificação, a notificação chegou ao conhecimento de ambos, em termos que possibilitaria ao defensor contactar o A. e reagir contra a decisão, uma vez que nela se indicava o nome correcto deste e se referia o seu internamento no Hospital de Santa Maria, estando ainda referido o n.º do processo e o tribunal onde o mesmo pendia.


É certo que não foi notificado o parente mais próximo do A, em virtude do lapso de identificação, mas, a ter ocorrido essa notificação, teria como sujeito passivo a mulher do A, o que seria de nenhuma influência na defesa dos direitos do A, uma vez que foi a mulher do A. que desencadeou as diligências para o seu internamento, uma vez que temia pela sua integridade física.

Ou seja, foi cumprido, no essencial, o disposto no artigo 15.º da LSM, não tendo sido afectadas as garantias de defesa do A.

É um facto que o M.º Juiz, a fls. 39, ordena a manutenção do internamento, fora dos pressupostos do internamento compulsivo de urgência e, por isso, incorrectamente.

Porém, como lapidarmente se afirma, em síntese, no acórdão deste Tribunal, de 31.03.2004, processo n.º 04A051, perfilha-se o entendimento, que conta com a concordância de **Gomes Canotilho** (*Direito Constitucional e Teoria da Constituição*, 7.ª edição, p.

509), de que:

- "a) – Os actos de interpretação de normas de direito e de valoração jurídica dos factos e das provas, núcleo da função jurisdicional, são insindicáveis;
- b) – Por tal motivo, o erro de direito – que pode respeitar à aplicação (lei a aplicar), à interpretação (sentido da lei aplicada), ou à qualificação (dos factos) – é eliminado, em princípio, pelo **SISTEMA**  de recursos ordinários previstos na lei, que permite a correcção de sentenças viciadas por um tribunal superior antes que se tornem irrecorríveis (art.ºs 676º a 761º do CPC);
- c) – Na jurisdição cível, estão ainda previstos os recursos extraordinários de revisão e de oposição de terceiro, que contemplam vários fundamentos de impugnação de decisões transitadas em julgado (art.ºs 771º a 782º do CPC);
- d) – O erro de direito só será fundamento de responsabilidade civil quando, salvaguardada a essência da função judicial referida em a), seja grosseiro, evidente, crasso, palmar, indiscutível, e de tal modo grave que transforme a decisão judicial numa decisão claramente arbitrária, assente em conclusões absurdas".

Esta corrente jurisprudencial está acolhida nos acórdãos deste Tribunal de 31.03.04, processo n.º 03B3887, de 29.06.2005, processo n.º 05A1064 e de 20.10.2005, processo n.º 05B2490, todos em www.dgsi.pt

Logo, o referido erro de julgamento resultante da aplicação incorrecta da lei, não é de configurar como erro grosseiro, a justificar a responsabilização do Estado.

De qualquer modo, está-se perante um erro de julgamento, contra o qual o A. e o seu defensor não reagiu, sendo certo que poderia ter sido requerido um “Habeas Corpus”, ou a revisão da situação do internado (artigos 31.º e 35.º da LSM) e que não é invocado, pelo A. como fundamento do pedido indemnizatório.

A invocada falta, consistente em não ter sido marcada a sessão conjunta prevista nos art.s 18.º e 19.º da LSM, não ocorreu, porquanto foi determinada a avaliação clínico-psiquiátrica, que foi realizada no prazo previsto na lei e enviada ao tribunal, no dia imediato – Cfr. artigo 17.º, n.os 1 e 4 da LSM.

Não chegou a ser efectuada a sessão conjunta, dado o facto de o internamento ter cessado por alta, em 12.08.2004, de acordo com a informação datada do dia anterior, onde se referia que a alta deveria ocorrer no dia seguinte, sendo que, apesar da natureza urgente do processado, não foram desrespeitados prazos preclusivos e a marcação da sessão conjunta não era viável antes

da data da alta, dada a necessidade da efectivação de notificações, e tomando na devida conta que o dia 3 foi uma terça-feira e o dia 12 foi a quinta-feira seguinte.

Pelo que respeita às restantes “falhas” apontadas no douto Acórdão, nomeadamente o facto de o processo só ter sido distribuído cerca das 16,35 h do dia 20.07.04 e de não haver sido cumprido na íntegra, naquele mesmo dia, o despacho judicial proferido, não implica qualquer falta, porquanto nada obriga, mesmo num processo urgente, a despachar no próprio dia, sendo certo que o atraso no cumprimento está justificado, em termos que não suscitam dúvidas.

Ora, como resulta do que já se disse, não há sequer facto ilícito.

É certo que há um princípio de tipicidade das privações de liberdade (sobre esta matéria, Ac. nº 363/00 do Tribunal Constitucional in www.tribunalconstitucional.pt e *Constituição Portuguesa Anotada*, de JORGE MIRANDA e RUI MEDEIROS, Tomo 1, p. 305, X, Coimbra Editora, 2005), ao que acresce que, as privações de liberdade, sendo excepcionais, estão sujeitas aos requisitos materiais da necessidade, da adequação e da proporcionalidade (autores e obra acabados de citar, p. 307, XI). Mas, neste âmbito, a jurisprudência do Tribunal Constitucional tem destacado a importância decisiva, para aferir da proporcionalidade da privação de liberdade, da duração e das condições em que se verificou a restrição de liberdade (*ibidem* e Acs. do Tribunal Constitucional n.os 228/97, 663/98 e 363/00).

Mas a privação de liberdade a que o A. foi sujeito é, nos seus efeitos práticos, equiparável à situação por que passa a generalidade das pessoas com problemas do foro psiquiátrico, sendo certo que aquele, apesar de se ter rebelado contra o tratamento, aceitou o internamento inicialmente, o que implica o reconhecimento da sua doença, igualmente subjacente à alta concedida, consequente à sua declaração de compromisso relativamente ao tratamento ambulatorio.

O que nos remete para o afastamento, *in concreto*, de qualquer desnecessidade, inadequação ou desproporcionalidade.

De todo o modo, não seria a falta destes requisitos que configurariam, só por si, o conceito de ilegalidade.

O internamento do A. foi voluntário. A proposta de internamento compulsivo subsequente teve a tramitação adequada, tomando como base o desconhecimento do tribunal de que o A. mudara de atitude, rebelando-se contra o internamento e/ou contra o

tratamento.

Aliás, como resulta dos próprios autos, estava perfeitamente ao alcance do A. o fazer cessar, de imediato, o internamento. Apenas teria que se disponibilizar para o tratamento ambulatorio.

Sendo inútil apreciar da existência dos demais pressupostos da responsabilidade extracontratual.

Todavia sempre se sublinhará que faltaria também o pressuposto da culpa, sendo que como já se deixou dito a responsabilidade civil extracontratual do Estado-Juiz, assenta, na culpa do juiz, razão pela qual, não se verificando este requisito, não há lugar a responsabilidade objectiva do Estado (além dos acórdãos citados este entendimento está acolhido nos Acs. deste Tribunal de 17.12.03, proc.º n.º 02A4032, de 19.10.04, proc.º n.º 04B2543, de 13.05.03, proc.º n.º 03A1018, de 01.06.04, proc.º n.º 04A1572 e de 11.03.03, proc.º n.º 03A418, todos disponíveis em www.dgsi.pt.

Por tudo isto, o douto acórdão recorrido violou o disposto. 2.º, n.º 1, de Decreto-Lei n.º 48051, de 21 de Janeiro de 1967 e o artigo 483.º do CC, pelo que deve ser revogado e mantida a sentença, proferida em 1.ª instância.

III. Termos em se acorda em conceder a revista do R. e, em consequência se revoga o acórdão recorrido e se absolve o R. do pedido.

Custas aqui e nas instâncias, pelo A, na proporção do decaimento, sendo que o R está isento.

Lisboa, 22 de Junho de 2010

Paulo Sá (Relator)
Mário Cruz
Garcia Calejo

www.dgsi.pt

Acórdãos TRP

Acórdão do Tribunal da Relação do Porto

Processo: 0535475
Nº Convencional: JTRP00038451
Relator: OLIVEIRA VASCONCELOS
Descritores: INTERDIÇÃO POR ANOMALIA PSÍQUICA
Nº do Documento: RP200511030535475
Data do Acórdão: 11/03/2005
Votação: UNANIMIDADE
Texto Integral: S
Privacidade: 1
Meio Processual: APELAÇÃO.
Decisão: ALTERADA A SENTENÇA.
Área Temática: .
Sumário: Pressupostos da interdição por anomalia psíquica são
I) - a maioria do sujeito
II) - a incapacidade de reger os bens e a pessoa em razão de anomalia psíquica;
III) - a anomalia psíquica revestir determinadas características.

Reclamações:
Decisão Texto Integral: Acordam no Tribunal da Relação do Porto:

Em 00.10.30, na ...ª Vara Cível do Porto, B..... requereu a presente acção especial para interdição por anomalia psíquica de C....., sua mãe, com o fundamento de a requerida estar afectada de demência senil que a incapacita totalmente de reger a sua pessoa e administrar os seus bens

Foi dada publicidade à acção, tendo a requerida sido citada em 01.01.31.

A requerida juntou procuração outorgada a mandatário forense e contestou a acção.

Na contestação a requerida impugna os factos articulados.

Em 01.06.26, foi realizado interrogatório e exame da arguida.

A requerida faleceu em 02.01.01.

Em face deste facto veio o requerente e ao abrigo do disposto no artigo 957º, n.º1, do Código de Processo Civil, requerer o prosseguimento da acção, ou que foi deferido.

Foi realizado exame pericial por três peritos médicos, que apresentaram os seus relatórios.

Em 05.05.03 foi proferida sentença, na qual de se decidiu que a falecida requerida estava incapacitada de reger a sua pessoa e os seus bens desde 1 de Janeiro de 1998.

Inconformado, o representante da requerida deduziu a presente apelação, apresentando as respectivas alegações e conclusões.

O requerente contra alegou, pugnando pela manutenção da sentença recorrida.

Corridos os vistos legais, cumpre decidir.

As questões

Tendo em conta que

- o objecto dos recursos é delimitado pelas conclusões neles insertas - arts. 684º, nº3 e 690º do Código de Processo Civil;
 - nos recursos se apreciam questões e não razões;
 - os recursos não visam criar decisões sobre matéria nova, sendo o seu âmbito delimitado pelo conteúdo do acto recorrido
- são os seguintes os temas das questões propostas para resolução:
- alteração da matéria de facto

- fixação da data do começo da incapacidade.

Os factos

São os seguintes os factos que foram dados como provados na 1ª instância:

- No dia 16 de Março de 1913 nasceu C..... - alínea a) dos factos assentes.
- A referida C..... faleceu no dia 1 de Janeiro de 2002 - alínea b) dos factos assentes.
- A requerida C..... contraiu casamento com D....., com quem estava casada à data do seu óbito - alínea c) dos factos assentes.
- A requerida foi internada em Dezembro do ano de 1980, no Hospital do Carmo e sujeita a intervenção cirúrgica –Colecistectomia - realizada pelo Prof. E....., tendo tido alta em 05/02/1981 – alínea d) dos factos assentes.
- Situação de natureza idêntica repetiu-se em 31/05/98, cerca das 11h55m em que a requerida teve de deslocar-se ao Hospital Geral de Santo António do Porto, onde deu entrada com tonturas, cefaleias, perda de memória e dor nas costas, decorrente de traumatismo que tinha sofrido no dia anterior, por perda de equilíbrio - alínea e) dos factos assentes.
- No final de 1998, a requerida apresentava um estado de saúde cada vez mais preocupante, encontrando-se muito fragilizada e cada vez mais instável, com sinais e sintomas de manifesto declínio do ponto de vista neuropsicológico e pneumocardiológico, traduzido por grande ansiedade e agitação, dificuldades respiratórias e um estado confusional, com desorientação espaço-temporal - alínea f) dos factos assentes.
- À requerida, por volta dos 52 anos de idade, foi-lhe diagnosticado um quisto mamário e consequentemente foi sujeita a intervenção cirúrgica, - decisão sobre o facto nº 1 da base instrutória.
- Durante alguns anos antes da intervenção cirúrgica referida na d) dos factos assentes a requerida teve problemas de ordem gastroenterológico, com queixas do foro epigástrico, acompanhadas de cólicas abdominais, eructações e vómitos biliares - decisão sobre o facto nº 2 da base instrutória.
- Apesar de recomendações feitas no pós-operatório, de necessidade de mais cuidados com alimentação, a requerida sofreu um aumento de PESO desproporcionado, em relação à sua estatura e idade - decisão sobre o facto nº 3 da base instrutória.
- Como reflexo dos factos supra referidos, desde há cerca de cinco anos, a requerida sofre de crises agudas de hipertensão, com alterações significativas dos valores laboratoriais, com referência especial para a colesterolémia e triglicéridos - decisão sobre o facto nº 4 da base instrutória.
- Em consequência a requerida, sofreu ictus vasculares cerebrais, hemorragias nasais, tromboflebitas e enfarte do miocárdio - decisão sobre o facto nº 5 da base instrutória.
- No final do ano de 1996, início de 97, verificou-se um agravamento geral do seu estado de saúde, com especial incidência nos seus valores tensionais e reflexos sobre a componente cardíaca, tendo-se instalado um estado de insuficiência cardíaca - decisão sobre o facto nº 6 da base instrutória.
- Em 20/02/1997, a requerida tem um enfarte do miocárdio e foi assistida no seu domicílio por um médico da Clínica do Bonfim, sujeita a sedativos e oxigénio - decisão sobre o facto nº 7 da base instrutória.
- Com todas as consequências que advêm do mesmo, sobretudo atenta a idade da requerida, sequelas que se traduzem por insuficiência cardíaca marcada - decisão sobre o facto nº 8 da base instrutória.
- Entre vários episódios de valores tensionais e laboratoriais elevados, crises de dificuldades respiratórias e uma insuficiência cardíaca cada vez mais marcada, a requerida começa a apresentar um declínio acentuado do seu estadopsico-somático, com quadros confusionais que se podem relacionar com focos de ictus cérebro-vasculares e abundantes hemorragias nasais - decisão sobre o facto nº 9 da base instrutória.
- Revelador de tal declínio de condições físicas, foi a ida da requerida ao Serviço de Urgência do Hospital de S. João, Porto, pelas 4h00, no dia 25/02/1998, com uma crise paroxística nocturna - decisão sobre o facto nº 10 da base instrutória.
- Em 3/9/98, a requerida foi internada na Clínica do Bonfim, por desidratação, cianose, dispneia e apresentando insuficiência cardíaca com arritmia, agitada e desorientada - decisão sobre o facto nº 11 da base instrutória.

- Em 6/9/98 e ainda internada na Clínica referida no parágrafo anterior, a requerida mantinha o seu estado de agitação e referia querer ir para o “jardim” - decisão sobre o facto nº 12 da base instrutória.
- Estando sujeita a terapêutica com ansiolíticos e antidepressivos –Terclan e Valium - decisão sobre o facto nº 13 da base instrutória.
- Em 28/04/2000, pelas 12h e 18m, a requerida recorreu uma vez mais ao Hospital de São João do Porto, com uma hemorragia nasal –Epistáxis –tendo sido observada na especialidade de Otorrino e efectuado o tamponamento - decisão sobre o facto nº 14 da base instrutória.
- A requerida encontra-se sujeita a uma terapêutica de base, com antihipertensores, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, sedativos e hipnóticos, tais como Tercian, Melleril, Diazepam, Valium e Prozac - decisão sobre o facto nº 15 da base instrutória.
- A requerida sentia uma crescente agitação e mal estar, que implicava a necessidade constante de recorrer ao oxigénio, que se encontrava sempre a seu lado - decisão sobre o facto nº 16 da base instrutória.
- A requerida começou a apresentar um declínio do seu estado cognitivo que se traduzia numa diminuição de vigilância, grau de cooperação, alterações de humor, aumento da actividade motora desconexa, com períodos de ausência e alucinações, interrompidas por breves intervalos de lucidez - decisão sobre o facto nº 17 da base instrutória.
- Nos breves períodos de alguma actividade, a requerida tinha condutas bizarras, como, designadamente, preocupar-se insistentemente em guardar comida apodrecida no frigorífico e despensa, que pretende destinar ao consumo de diversos gatos vadios que se têm instalado no seu domicílio - decisão sobre o facto nº 18 da base instrutória.
- Insistia em manter alimentos estragados, com odores intensos e pestilentos no frigorífico, arca congeladora e despensa, nomeadamente peixe e fruta - decisão sobre o facto nº 19 da base instrutória.
- A requerida apresentava ainda uma perda fácil de atenção e da noção espaço - temporal, linguagem desconexa e avulsa - decisão sobre o facto nº 20 da base instrutória.

Os factos, o direito e o recurso

A - Vejamos, então, como resolver a primeira questão.

O tribunal “à quo” deu como provada toda a matéria dos quesitos 18º e 19º da base instrutória, acima referidos.

O apelante entende que essas respostas devem ser consideradas negativas porque se teriam baseado exclusivamente nos depoimentos das testemunhas F..... e G....., empregadas da requerida, segundo afirmam desde Setembro de 1998 e Novembro de 2000 ou segundo afirmam outras testemunhas, até Janeiro de 2000, quanto à testemunha G..... e após Janeiro de 2001, quanto à testemunha F....., motivo pelo qual só dentre dessas datas é que podiam ter estado em casa da requerida e em contacto com ela.

Creemos que não tem razão.

O art. 655º n.º1 do Código de Processo Civil consagra o denominado SISTEMA da prova livre, por contraposição ao regime da prova legal: o tribunal aprecia livremente as provas, decidindo os juízes segundo a sua prudente convicção acerca de cada facto.

Quer isto dizer que a prova é apreciada segundo critérios de valoração racional e lógica do julgador, pressupondo o recurso a conhecimentos de ordem geral das pessoas, normalmente inseridas na sociedade do seu tempo, a observância das regras da experiência e dos critérios da lógica, tudo se resolvendo, afinal, na formação de raciocínios e juízos que, tendo subjacentes as ditas regras, conduzem a determinadas convicções reflectidas na decisão dos pontos de facto em avaliação.

Assim, como escreveu o Prof. Alberto dos Reis, “prova livre quer dizer prova

apreciada pelo julgador segundo a sua experiência, sem subordinação a regras ou critérios formais preestabelecidos, isto é, ditados pela lei” – Código de Processo Civil Anotado, volume IV, página 570.

A essas regras de apreciação não escapa a prova testemunhal, como expressamente se dispõe no art. 396º do Código Civil, sendo que, dada a sua reconhecida falibilidade, se impõe uma especial avaliação crítica com vista a uma valoração conscienciosa e prudente do conteúdo dos depoimentos e da sua força probatória.

Importam aqui, sobremaneira, as relações pessoais da testemunha com as partes e a razão de ciência do depoente.

De referir ainda, pela sua relevância, que a prova produzida deve ser considerada globalmente, conjugando todos os elementos produzidos no processo e atendíveis, independentemente da sua proveniência - princípio da aquisição processual (art. 515º do Código de Processo Civil).

Finalmente, não pode esquecer-se que, no âmbito e aplicação dessa valoração das provas no seu conjunto, poderá o julgador lançar mão de presunções naturais, de facto ou judiciais, isto é, o juiz, no seu prudente arbítrio, poderá deduzir de certo facto conhecido um facto desconhecido, porque a experiência ensina que aquele é normalmente indício deste - art. 351º Código Civil (ob. cit., III, 249).

A apreciação da prova na Relação envolve "risco de valoração" de grau mais "elevado" que os que se correm em 1ª instância, onde são observados os princípios da imediação, da concentração e da oralidade, já que a "oralidade indirecta", através da gravação, não permite colher, por intuição, tudo aquilo que o julgador pode apreender, quando tem a testemunha ou o depoente diante de si.

Quando o Juiz tem diante de si a testemunha ou o depoente de parte, pode apreciar as suas reacções, do entusiasmo, das hesitações, do nervosismo, das reticências, das insinuações, da excessiva segurança ou da aparente imprecisão, da sua convicção e da espontaneidade, ou não, do depoimento, do perfil psicológico de quem depõe; em suma, daqueles factores que são decisivos para a convicção de quem julga que, afinal, é fundada no juízo que faz acerca da credibilidade dos depoimentos.

Socorremo-nos das doudas palavras que, acerca da imediação, escreve Antunes Varela, “in” Manual de Processo Civil, 2ª edição, pág. 657:

"Esse contacto directo, imediato, principalmente entre o juiz e a testemunha, permite ao responsável pelo julgamento captar uma série valiosa de elementos (através do que pode perguntar, observar e depreender do depoimento, da pessoa e das reacções do inquirido) sobre a realidade dos factos que a mera leitura do relato escrito do depoimento não pode facultar".

De tudo isto se conclui que da reanálise das provas produzidas só pode surgir uma alteração da matéria de facto decidida na 1ª instância se tiver havido um erro notório na apreciação da matéria de facto, ou seja, quando se verifique que as respostas dadas não têm qualquer fundamento face ao elementos de prova trazidos ao processo ou estão profundamente desapoitados face às provas recolhidas.

Ora não é isso o que se passa no caso concreto em apreço.

Em primeiro lugar, há que referir que as respostas aos quesitos em causa – assim como aos restantes quesitos – não se basearam apenas nos depoimentos apontados pela apelante, mas também nos depoimentos das “testemunhas ouvidas em audiência de julgamento que privaram com a requerida”.

Em segundo lugar, também há a referir que a matéria dos quesitos não se reporta a uma data específica, como parece entender o apelante.

De qualquer forma, tendo em conta que foi extraída da matéria constante dos artigos 31º e 32º da petição inicial e que esta se refere à contemporaneidade da instauração da

presente acção – Outubro de 2000 – não havia qualquer impossibilidade de o tribunal considerar relevantes esses depoimentos “no que toca à vida e ao estado de vida da requerida”.

Em terceiro lugar, porque ouvidos os depoimentos apontados pela apelante, não se vê motivo para alterar o juízo eu sobre eles foi feito quanto à sustentação da matéria dos quesitos em causa.

Não há, assim, que proceder a qualquer alteração da matéria de facto dada como provada na 1ª instância.

B – Atentemos agora na segunda questão.

Na sentença recorrida fixou-se o começo da incapacidade da requerida em 98.01.01.

O apelante entende que os factos dados como provados são inócuos para a fixação da data em que se iniciou a incapacidade, mas a fixar-se alguma data, ela devia ser a de 01.10.22 – data do relatório pericial – ou 01.06.27 – data do interrogatório judicial.

Vejamos.

Antes de mais, vamos alinhar alguns conceitos, extraídos de um artigo de Raul Guichard Alves “in” Direito e Justiça, Revista da faculdade de Direito da Universidade Católica, volume IX, Tomo 2, denominado “Alguns Aspectos do Instituto da Interdição”

Atendendo a que a interdição colide necessariamente com a liberdade individual, implicando uma restrição de direitos fundamentais, compreende-se que elas apenas seja possível com fundamento legal inequívoco, pelo que a enumeração das suas causas ou pressupostos contida no artigo 138º do Código Civil deve considera-se exaustiva e não susceptível de ser aplicadas por via analógica.

A protecção do incapaz e dos seus interesses constitui o fim precípua da regulamentação legal.

Mais concretamente, pretende-se proteger o sujeito tanto perante terceiros, que tencionassem aproveitar-se da sua situação de inferioridade, como face a si próprio, enquanto poderia causar prejuízos à sua pessoa, por acção ou omissão.

Pressupostos da interdição por anomalia psíquica são

- I) - a maioridade do sujeito
- II) - a incapacidade de reger os bens e a pessoa em razão de anomalia psíquica;
- III) - a anomalia psíquica revestir determinadas características.

I) - O primeiro pressuposto resulta do disposto no n.º 2 do artigo 138º do Código Civil.

II) Quando ao segundo pressuposto, há que salientar algumas ideias.

Anomalia psíquica compreende qualquer perturbação das faculdades intelectuais ou intelectivas (afectando a inteligência, a percepção ou a memória) ou das faculdades volitivas (atinente quer à formação da vontade, quer à sua manifestação).

Teve-se aqui em conta, nomeadamente, que há enfermidades mentais nas quais o primeiro aspecto permanece suficientemente intacto, mas que a componente volitiva surge alterada.

O nosso legislador prescindiu de fornecer uma definição do conceito de anomalia psíquica, o que constitui um necessário reenvio às correspondentes noções científicas, medico-psiquiátricas, na sua continua evolução, permitindo a actualização do seu conteúdo.

Não é pressuposto, pois, da interdição por anomalia psíquica, a existência de uma típica enfermidade mental, importando, sobretudo, a presença de uma qualquer perturbação, desarranjo ou defeito patológico das faculdades psíquicas, dando lugar a uma incapacidade para prover aos interesses pessoais.

Decorre desta mesma ideia que a anomalia psíquica, conquanto imprescindível, não

releva, em si, mas enquanto causa da inaptidão.

Ou dito doutro modo, o juízo de incapacidade ou impossibilidade para governar a própria pessoa e bens aparece, segundo o ligame de interdependência estabelecido pelo legislador, como medida de relevância da anomalia psíquica.

Sendo certo, no entanto, que a lei - artigo 138º do Código Civil – exige ao julgador que constate um nexo etiológico entre a anomalia psíquica e a incapacidade: esta há-de resultar daquela, ter nela a sua origem.

Por outro lado, há que salientar que o processo de interdição reveste um carácter duplamente concreto: por um lado, a correlação entre o distúrbio psíquico e a capacidade de agir há-de ser averiguada em termos estritamente individuais, assim como individual é a doença e o seu diagnóstico; por outro lado, a valoração do distúrbio e a sua incidência na vida do interdicendo deve ir referida à “qualidade” dos seus interesses e à necessidade de a eles provir, ponderando-se, nomeadamente, a sua personalidade, a condição social e a importância dos interesses ou assuntos de distinta índole (patrimonial ou não) cuja gestão lhe pertença.

No concernente ao âmbito dos aspectos e interesses a considerar pelo juiz para formular o seu juízo sobre a incapacidade, incluir-se-á aí não apenas a vertente patrimonial, mas também a vertente pessoal, conforme a própria fórmula legislativa – “incapaz de governar a sua pessoa e os seus bens”.

III) – Quanto ao terceiro pressuposto da interdição por anomalia psíquica, as características que esta deve revestir estão relacionadas com a gravidade, actualidade e habitualidade.

Quanto à primeira característica, ela resulta do já atrás exposto quanto à anomalia psíquica se revelar incapacitante de reger a pessoa e os bens, não carecendo, no entanto, de se traduzir numa total desordem intelectual, num estado de absoluta imbecilidade ou demência, numa total inadequação às exigências da vida em relação.

Quanto à actualidade, significa que ela deve existir no momento em que se desenvolve o processo de interdição.

Nestes termos, o processo de interdição não pode aferir-se apenas com base numa precedente enfermidade mental nem tão pouco, num precedente exame médico. Decisivo é o estado psíquico do sujeito, aferido ao momento presente.

A inexistência de actos anteriores prejudiciais ou de um estado prolongado de doença não implica a improcedência da acção de interdição, desde que fique suficientemente provada a actual inaptidão do interdicendo e se constate um perigo igualmente actual para os seus interesses.

Quanto à terceira característica – a habitualidade – com ela pretende-se exprimir a ideia que independentemente do seu carácter congénito ou adquirido e da sua gravidade, o distúrbio mental não deve apenas ser episódico ou passageiro, antes pelo contrário, as condições mentais do sujeito devem estar perduravelmente alteradas ou afectadas, não sendo previsível a sua normalização pelo menos num prazo de tempo próximo.

Vejamos agora como aplicar estes conceitos ao caso concreto em apreço e em relação à questão que nos ocupa, ou seja, qual a data do começo da incapacidade.

Antes de mais, há que assinalar que para a formulação de um juízo sobre a existência de uma incapacidade proveniente de uma anomalia psíquica e da data do seu começo é preponderante o parecer dos peritos médicos, uma vez que se trata de uma questão eminentemente técnica e que exige conhecimentos especiais que em regra o julgador não possui.

Ora, com todo o respeito por opinião contrária, entendemos que no caso concreto em apreço existe a possibilidade de fixar essa data.

Começando pelo parecer dos peritos médicos, constatamos que, segundo eles, a

falecida requerida sofria de um “quadro demencial” – na terminologia de dois dos peritos médicos, Drs. H..... e I..... – ou de um “Síndrome Cerebral Orgânico, tipo Demência, de etiologia vascular (por multi-enfartes)” – na terminologia do outro, Dr. J....., encontrando-se, por esse motivo, de modo total e definitivo, incapacitada para reger a sua pessoa e administrar os seus bens.

Quanto ao momento a partir do qual essa incapacidade começou a verificar-se, os dois primeiros peritos concluíram que “a doença evolui desde há cerca de dois anos” – o exame foi efectuado em Junho de 2001 – pois a requerida “há cerca de dois anos, aproximadamente, durante a convalescença de patologia cardíaca grave e incapacitante, começou a apresentar períodos (fugazes) de “esquecimentos” que não foram desde logo valorizados pela família”.

O outro perito concluiu que desde finais de 1996 se evidenciou a patologia cardiovascular grave e incapacitante que a requerida padecia.

Todos os peritos estão, pois, de acordo em que a requerida se encontrava, à data do exame, incapacitada para reger a sua pessoa e os seus bens – no que, aliás, a apelante também está de acordo – e que essa incapacidade teve fundamentalmente origem nas consequências de problemas cardiovasculares que padeceu.

O que divergem é que enquanto o Dr. J..... situa o início da incapacidade logo quando esses problemas cardíacos se evidenciaram, os outros dois peritos médicos apenas o situam posteriormente, no período de convalescença.

Sem pôr, obviamente, em causa a competência técnica dos outros peritos, o facto é que, perante a divergência entre o parecer do perito indicado pelo requerente – o Dr. J..... – e o perito indicado pela requerida – o Dr. I..... – o parecer do perito nomeado pelo tribunal – o Dr. H..... – tem de ser considerado decisivo, pela distanciação que tem em relação às partes, tanto mais que se movimenta dentro dos conceitos acima referidos genericamente sobre a interdição por anomalia psíquica.

Na verdade, a ocorrência dos problemas cardiovasculares na requerida não tinha, necessária e imediatamente, de causar a sua incapacidade para reger a sua pessoa e os seus bens.

E mesmo que ela evidenciasse alguns distúrbios psíquicos antes da data indicada pelos dois peritos acima referidos para o início da sua incapacidade, o certo é que a existência desses distúrbios apenas poderia ser considerada relevante para a determinação desse início no momento em que a determinassem.

Ou seja, nada impedia que se considerasse que a requerida – pessoa em concreto – apesar de ter tido distúrbios psíquicos por virtude dos problemas cardíacos que sofreu, não continuasse durante algum tempo a ser capaz para reger a sua pessoa e os seus bens, atento à “qualidade” dos seus interesses e à necessidade de a eles prover.

Concluímos, pois, aceitando o laudo maioritário dos peritos, que o início da incapacidade da requerida se deve situar em Junho de 1999.

Por outro lado, tal conclusão não é de modo algum contrariada pela matéria dada como provada, antes ela vai nesse sentido

A decisão

Nesta conformidade, acorda-se em julgar parcialmente procedente a presente apelação e assim, em alterar a sentença recorrida no sentido de que o começo da incapacidade da requerida C..... ocorreu em Junho de 1999 (mil novecentos e noventa e nove).

Custas pelas partes, na proporção de metade para cada uma.

Porto, 3 de Novembro de 2005

Fernando Manuel de Oliveira Vasconcelos

José Viriato Rodrigues Bernardo
Gonçalo Xavier Silvano

Acórdãos TRL**Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa**

Processo: 2228/08.6TVLSB.L1-1
Relator: ISABEL FONSECA
Descritores: ANOMALIA PSÍQUICA
INABILITAÇÃO

Nº do Documento: RL
Data do Acórdão: 24-06-2014
Votação: UNANIMIDADE
Texto Integral: S
Texto Parcial: N
Meio Processual: APELAÇÃO
Decisão: PARCIALMENTE PROCEDENTE
Sumário:

1. Sendo impugnado o julgamento de facto feito pelo Tribunal *a quo*, o cumprimento do disposto no art. 640º, nº1, alínea a) do *novo* C.P.C. (art. 685º-B, nº1, alínea a) na anterior redacção) passa pela indicação dos termos em que o recorrente pretende seja alterada a decisão sobre a matéria de facto por parte desta Relação, nos vários sentidos possíveis (eliminação, aditamento e modificação de texto);

2. O legislador civil não definiu o conceito de anomalia psíquica, sendo que também não encontramos noutros diplomas elementos que auxiliem nessa delimitação. No entanto, é entendimento unânime na doutrina e jurisprudência que a mesma abrange perturbações do intelecto, da vontade e da afectividade;

3. Não tendo o requerido a sua capacidade intelectual e cognitiva diminuída – denotando deficiência na formação e manifestação da vontade –, não tem cabimento a imposição de limitações tão gravosas como as que decorrem da instituição da interdição, quer à sua capacidade de gozo quer de exercício, afigurando-se-nos suficiente ou bastante para a defesa dos interesses do requerido – como se sabe, esse é o principal valor jurídico protegido –, decretar a inabilitação, que não conduz a uma incapacidade geral, antes se reporta apenas a determinados actos (arts. 153º e 154º do Cód. Civil).

(Sumário da Relatora)

Decisão Texto Parcial:

Decisão Texto Integral:

Acordam os Juizes do Tribunal da Relação de Lisboa

1. RELATÓRIO

MV, residente na (...), intentou a presente acção, que segue a forma de processo especial, contra CV, residente na (...), pedindo a interdição do requerido.

Para fundamentar a sua pretensão invoca, em síntese, que:

O requerente é irmão do requerido.

O requerido é viúvo, sem ascendentes nem descendentes.

Desde a morte da sua mulher o requerido começou a desleixar quer o relacionamento familiar quer a sua higiene, não cortando o cabelo há anos, não mudando de roupa independentemente da estação do ano, cheirando mal por isso e deixou de cuidar dos seus assuntos pessoais, nomeadamente o pagamento de impostos e condomínio, chegando ao ponto de haver penhoras cuja quantia exequenda o requerente já teve de satisfazer para evitar a venda em execução fiscal da casa do requerido, pese embora o requerido não tenha quaisquer dificuldades económicas, tendo uma reforma de valor mensal substancial.

O requerido recusa-se a abrir a porta da sua residência a quem quer que seja.

Tentada a citação na pessoa do requerido não foi a mesma possível por não ser o mesmo encontrado.

Nomeada curadora provisória ao requerido e citado o mesmo na pessoa dessa curadora, não foi apresentada contestação.

Citado o Mº Pº, em representação do requerido, não foi apresentada contestação.

Proferiu-se decisão provisória de interdição do requerido.

Procedeu-se ao interrogatório judicial do requerido e ao exame médico – fls. 334 a 337.

Elaborado despacho saneador, foi ordenada a realização de segundo exame médico ao requerido – fls. 385 a 388 dos autos.

Procedeu-se a julgamento e proferiu-se despacho fixando a matéria assente, objecto de reclamação, parcialmente deferida.

Proferiu-se sentença, da qual o M.P. interpôs apelação, julgada parcialmente procedente por esta Relação que, por acórdão de 09-04-2013 determinou a anulação parcial do julgamento conforme fls. 657 do processo.

Remetido o processo à primeira instância em 22 de Maio de 2013, ultimou-se aí o julgamento, após o que foi proferida decisão que concluiu nos seguintes termos:

“Em consequência do anteriormente exposto decide-se:

A)

Julgar procedente, por provada, a presente acção e, por via disso, declarar o requerido CV interdito, por situação equiparável à anomalia psíquica.

B)

Fixar o início da incapacidade do requerido em 1.7.2008.

C)

Nomear tutor ao requerido o requerente, MV e, para integrar o conselho de família, nomear ainda R e A.

D)

Depreque o juramento do tutor e dos demais membros do conselho de família, considerando junta a relação de bens.

E)

Custas pelo requerido.

Valor da causa - 30.000,01 Euros (artºs. 296, 303 e 306 do C. P. Civil, na redacção da Lei nº 41/2013, de 26/6).

Registe e notifique.

D. n. (comunicações à C. R. Civil)”.

Não se conformando o Ministério Público apelou formulando, em síntese, as seguintes conclusões:

“(…)”

O requerente apresentou contra alegações.

Cumpre apreciar.

II. FUNDAMENTOS DE FACTO

A 1ª instância deu por assente que:

1 - Por escritura pública lavrada no dia 1 de Setembro de 1998 no Cartório Notarial de (...) declararam que no dia 24 de Janeiro de 1987 faleceu, na freguesia e concelho de (...), onde residia e de onde era natural, A, no estado de viúva de JV, tendo a mesma falecido sem deixar testamento ou qualquer outra disposição de última vontade e deixado como

herdeiros os seus filhos (...)(por documento constante de fls. 10 a 12 dos autos).

2 - No acto da escritura referida em 1 - foi feito constar que eram arquivadas uma fotocópia do assento de óbito da falecida A e duas certidões de nascimento dos filhos (por documento de fls. 10 a 12 dos autos).

3 - CV nasceu no dia 14 de Setembro de 1936, na freguesia e concelho de (...) e foi registado como filho de (...) (por documento constante de fls. 13 dos autos).

4 - MV faleceu, no estado de casada com CV, no dia 18 de Setembro de 2003 (por fotocópia da certidão de óbito constante de fls. 14 dos autos).

5 - O requerido não tem filhos.

6 - MV era médica e teve, em momento não concretamente apurado, um AVC, tendo vindo, na sequência desse facto a ficar, durante vários meses, completamente imobilizada, dependendo de terceira pessoa para todo e qualquer acto da sua vida diária.

7 - Na sequência do referido em 6. e uma vez que o requerido ainda trabalhava, MV foi para casa do requerente, aí tendo ficado durante cerca de três meses, sendo acompanhada e tratada pela mulher do requerente e pelas filhas do mesmo.

8 - Após o período de três meses referido em 7. MV foi internada num lar, onde ficou até ao momento do óbito referido em 4.

9 - O requerido era engenheiro, trabalhando para a CP – Caminhos de Ferro Portugueses.

10 - O requerido e sua mulher, MV, ora falecida, viviam em Lisboa,(...).

11 - Durante a doença da mulher do requerido este deslocava-se todos os fins-de-semana a V.. para ver a mulher e, terminado o fim-de-semana, regressava a Lisboa.

12 - Após a morte de MV o requerido começou a afastar-se do requerente e família deste.

13 - A partir de momento não concretamente apurado o requerido deixou de atender o telefone.

14 - O requerente soube, através de amigos e vizinhos do requerido, que o mesmo usava sempre a mesma roupa, não cortava o cabelo e cheirava mal.

15 - O requerido despediu, algum tempo após a morte da sua mulher, a empregada doméstica que para o mesmo trabalhava.

16 - Por falta de pagamento, pelo requerido, foi instaurada contra o mesmo e contra MV uma acção executiva comum para pagamento de dívida civil, acção essa em que era exequente o condomínio do (...), execução essa que correu os seus termos no Tribunal Judicial da Comarca de (...), sendo a quantia exequenda de 1.542,94 Euros.

17 - Por carta datada de 10 de Outubro de 2008 dirigida à mulher do requerente o administrador do condomínio do prédio sito na (...)em L., comunicou à mesma que o requerido usava a mesma roupa há meses, cheirava mal, não cortava o cabelo, não recebia nem abria a porta a ninguém, não pagava o condomínio, não respondia às cartas do condomínio e que, por essa razão, tinham receio de que ele pudesse deixar o gás ou a água abertos e ou que pudesse haver um curto-circuito e ele estar sozinho e fechado em casa.

18 - Na carta referida em 17 a administração do condomínio do prédio em causa referia ainda que a mesma administração deveria ser exercida no ano de 2009 pelo (...) mas que dado o estado do requerido seria novamente o remetente a fazer tal administração.

19 - O requerido reformou-se em momento não concretamente apurado mas posterior à morte de sua mulher, MV.

20 - O requerido auferia, de reforma, a pensão mensal de 2.692,47 Euros, com retenção na fonte da quantia de 538,49 Euros (por documento constante de fls. 139 dos autos).

21 - O requerido, a partir de momento não concretamente apurado mas posterior à morte da mulher não tirava, durante muito tempo, o correio que (lhe) era dirigido e que estava na caixa do correio do prédio sito na (...).

22 - O requerido acumulava, em casa e em cima da mesa da sala, a correspondência, por abrir e, na cozinha, embalagens de comida trazida de fora.

23 - Após o decurso de algum tempo sobre a morte da sua mulher o requerido manteve contacto com um primo, VR, sendo a única pessoa a quem o requerido abriu a porta da sua residência durante algum tempo.

24 - VR auxiliou o requerido durante algum tempo, tendo feito alguns pagamentos do mesmo e tendo-o ajudado a tratar da reforma, tendo o requerido deixado de receber, por não ter tratado de tal assunto, a pensão a que teria direito durante pelo menos nove meses.

25 - VR tentou que o requerido fizesse a habilitação de herdeiros na sequência da morte de sua mulher, não tendo o requerido chegado a fazê-lo por não ter renovado o respectivo Bilhete de Identidade, para alteração do estado civil, não tendo chegado a assinar o papel para tal renovação.

26 - O requerido chegou a dizer a VR que não queria viver.

27 - Na altura do Natal de 2008 VR apercebeu-se de que o requerido tinha um sapato roto e que dele saía um líquido escuro, que cheirava mal, apercebendo-se que se tratava de um pé infectado, tendo VR dito ao requerido que tinha de ir ao médico mas o requerido não o quis fazer.

28 - Na sequência do aludido em 27 VR falou com um amigo comum do mesmo e do requerido, AC, tendo ambos combinado que no dia seguinte, às 6.30 horas da manhã, estariam à porta do prédio do requerido para, quando ele saísse para ir ao café, o levarem ao hospital.

29 - Assim e na sequência do combinado, VR e AC conseguiram, com o apoio da polícia, chamada pela cunhada do requerido para tal, levar o requerido ao Hospital de Santa Maria, tendo o mesmo sido assistido, no dia 31.12.2008, no Serviço de Urgência desse hospital por edema da perna esquerda até ao joelho e cheiro fétido, referindo-se que dormia calçado, apresentando-se consciente e orientado.

30 - Na sequência do referido em 29 o requerido teve alta hospitalar em 2 de Janeiro de 2009.

31 - No momento da alta referida em 30 - a família do requerido levou-o para Vila Nova de Gaia, de ambulância, tendo sido internado num lar perto da residência do requerente, denominado “Lar ...”, onde ainda hoje permanece e, pelo menos inicialmente, usou fraldas.

32 - Durante o período de internamento hospitalar referido em 29 a 30 o requerido tinha controle dos esfíncteres.

33 - O requerido não gosta de estar no lar.

34 - O requerido não tem condições para viver sozinho sem apoio e gostaria de viver numa casa perto da do requerente.

35 - O requerente tem 85 anos de idade.

36 - A mulher do requerente, RV, (...), sofre de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, estando boa parte do dia ligada a uma máquina de oxigénio.

37 - O requerente tem filhas, casadas e que trabalham.

38 - As filhas do requerente têm filhos menores.

39 - O requerido apresentava-se, à data dos exames médicos periciais efectuados nos autos, orientado no espaço e no tempo, apresentando-se limpo e colaborante.

40 - Em 21 de Fevereiro de 2009 o requerido foi assistido na urgência do Centro Hospitalar do Porto por febre recorrente e prostração, apresentando-se colaborante e orientado, com pé diabético e aparentando quadro depressivo.

41 - O requerido sofre de diabetes.

42 - O requerido apresentava-se, em Junho de 2010, orientado no tempo e no espaço, com discurso articulado, lógico e coerente, com um Q. I. dentro dos parâmetros da normalidade e dentro da média, revelando deterioração do funcionamento intelectual, com moderada deterioração da performance cognitiva e não apresentava deficit cognitivo.

À mesma data, o requerido não apresentava deterioração da memória imediata ou de evocação, manifestando capacidade para aprender nova informação e recordar uma previamente aprendida, apresentando comprometimento moderado da memória a curto prazo e a sua capacidade de execução (que envolve a capacidade do pensamento abstracto, planeamento, iniciação e sequenciação de uma tarefa) mostrava-se intacta, apresentando depressão moderada.

43 - À data referida em 42 - o requerido encontrava-se dotado de juízo crítico, com um nível de inteligência situado dentro da média para a sua idade, apresentando quadro depressivo.

44 - Em Setembro de 2010 o requerido apresentava-se orientado, limpo e cuidado, com discurso lógico e coerente, humor subdepressivo e discreta ansiedade sintónica à situação, não evidenciando défice cognitivo.

45 - O requerido não sabia e não sabe tratar dos assuntos domésticos.

46 - O requerido deixou de ter interesse pelas actividades da sua vida diária e pelas suas obrigações financeiras.

47 - O requerido não sofre de debilidade mental ou física.

48 - A depressão é, em regra, tratável com antidepressivos.

49 - Em Junho de 2011 o requerido apresentava um quociente intelectual dentro da média, sem revelar indicadores de disfunção cognitiva, à excepção de ligeira deterioração num dos instrumentos utilizados.

À mesma data o requerido apresentava tonalidade depressiva no seu discurso, sempre associada à temática “lar”, mantendo um quadro depressivo actualizado moderado, sentindo tristeza e desânimo por se encontrar integrado num lar.

50 - O aspecto do requerido antes de ser assistido no Hospital de Santa Maria, em Dezembro de 2008 e do seu internamento no lar onde se encontra era o das fotos de fls. 290 a 293 dos autos.

51 - À data do interrogatório judicial o requerido sabia onde se encontrava e a data correcta, mais sabendo a sua morada em Lisboa.

52 - O requerido teve um quadro depressivo grave, que pôs em causa a sua saúde, quadro não ultrapassado totalmente, com melhorias mas com sintomatologia depressiva.

53 - No lar onde se encontra institucionalizado o requerido apenas toma banho por tal ser uma das regras da instituição e não toma o banho sozinho, sendo levado por funcionários.

54 - No lar o requerido mantém-se, durante todo o dia, no seu quarto, ali tomando inclusive as suas refeições e permanece de pijama e robe de flanela todo o dia, independentemente do tempo atmosférico.

55 - O requerido não participa em qualquer das actividades organizadas pelo lar para os seus ocupantes.

56 - No lar onde o requerido se encontra a viver metade ou mais dos utentes-residentes sofrem de demência, sendo a idade média dos utentes de 72/73 anos e com baixas habilitações literárias.

57 - No lar onde o requerido se encontra a viver o mesmo ocupa um quarto que partilha com outro utente, não demente e que sofre de problemas cardíacos, utente esse que se ausenta de manhã da instituição e apenas regressa à noite.

58 - À noite o requerido sai do seu quarto no lar e passeia, sozinho, pela instituição.

59 - O requerido toma, no lar, actualmente, Metformina 500 mg (medicamento para a diabetes) e toma ainda Dumyrox 100 mg (um antidepressivo), medicamento este que toma há pelo menos ano e meio, tendo ainda tomado Sertralina 100 mg (1 comprimido por dia) e Risperodona 1 mg (2 por dia), tendo este medicamento sido retirado pelo médico do lar ao requerido por lhe provocar sonolência.

60 - Os medicamentos aludidos em 58 - foram receitados ao requerido por um médico psiquiatra chamado ao mesmo à instituição pelo médico assistente do lar onde o requerido se encontra, HC.

61 - DM, médico psiquiatra, atendeu o requerido por duas vezes, no ano de 2010.

62 - O médico aludido em 61 - diagnosticou ao requerido, no momento aludido em 61 -, síndrome depressivo grave e arrastado, associado a significativa deterioração física, evidenciada, prejudicando o desempenho das actividades do dia-a-dia.

63 - O médico aludido em 61 - recomendou tratamento medicamentoso ao requerido, que o não quis fazer.

64 - O requerido ainda hoje apresenta perda de tecido em três dedos do pé esquerdo devido ao aludido em 27 - a 29 -, sendo visível o osso, por necrose.

65 - O requerido não demonstra qualquer interesse em vir a Lisboa, à sua residência ou em qualquer assunto da sua vida anterior à sua entrada no lar.

66 - O requerido fala com carinho da mulher, falecida.

67 - Em 15 de Abril de 2010 foi lavrada escritura de habilitação de herdeiros de MV.

III. FUNDAMENTOS DE DIREITO

1. Sendo o objecto do recurso definido pelas conclusões das alegações, impõe-se conhecer das questões colocadas pelo apelante e as que forem de conhecimento oficioso, sem prejuízo daquelas cuja decisão fique prejudicada pela solução dada a outras – arts. 635º e 639º do *novo* C.P.C., diploma a que aludiremos sempre que não se fizer menção de origem [[11](#)] – salientando-se, no entanto, que o tribunal não está obrigado a apreciar todos os argumentos apresentados pelas partes para sustentar os seus pontos de vista, sendo o julgador livre na interpretação e aplicação do direito – art.º 5º, nº3.

No caso, impõe-se apreciar:

- da nulidade da sentença por falta de fundamentação da matéria de facto (art. 615º, nº1, alínea b);
- da nulidade da sentença por ininteligibilidade (obscuridade)(art. 615º, nº1, alínea c);
- a impugnação do julgamento de facto e os ónus a cargo do apelante: a “impossibilidade de cumprimento” das especificações a que alude o art. 640º;
- dos pressupostos para a interdição;
- da subsunção do caso em apreço à hipótese de *anomia psíquica*: a violação da Constituição da República Portuguesa(CRP);
- da violação do requisito da *actualidade* insito no art. 138º, nº1 do Cód. Civil;
- da inabilitação *versus* interdição.

2. O apelante sustenta que a sentença da primeira instância incorre em nulidade, por falta de fundamentação da decisão sobre a matéria de facto, invocando o disposto no art. 615º, nº1, alínea b).

Invoca, basicamente, que a decisão está “viciada” “caso não sejam observadas as regras consagradas no artigo 653º do C.P.C., mormente quando seja descurado o dever de analisar criticamente as provas produzidas e de especificar os fundamentos decisivos para a determinação da convicção do tribunal”, tendo as partes “direito a que lhe sejam comunicados os fundamentos que serviram de base à decisão da matéria de facto” [[12](#)].

Vejamos.

Na fundamentação da sentença o juiz deve indicar os factos que julga provados, “analisando criticamente as provas, indicando as ilações tiradas dos factos instrumentais e especificando os demais fundamentos que foram decisivos para a sua convicção”, tomando “ainda em consideração os factos que estão admitidos por acordo, provados por documentos ou por confissão reduzida a escrito, compatibilizando toda a matéria de facto adquirida e extraindo dos factos apurados as presunções impostas pela lei ou por regras de experiência” – art. 607º, nº4.

Está em causa, fundamentalmente, salvaguardar o dever de fundamentar as decisões, não bastando a simples adesão aos fundamentos alegados pelas partes – art. 154º –, em consonância com o que dispõe o art. 205.º, n.º 1, da CRP e em ordem a que a decisão seja perceptível aos interessados a quem a mesma é dirigida e aos cidadãos em geral, permitindo também, de forma mais eficiente, o controlo da sua legalidade.

No entanto, como é pacificamente entendido, apenas a falta absoluta de fundamentação integra o referido vício, e não já a fundamentação deficiente, medíocre, não convincente ou até, como refere o apelante, uma “reduzida fundamentação”.

No caso em apreço, afigura-se-nos que não ocorre o vício aludido. A Meritíssima Juiz fundamentou de forma suficiente o julgamento de facto, nomeadamente referenciando os concretos pontos dos relatórios periciais a que atendeu e aludindo ao depoimento de determinadas testemunhas, com indicação dos motivos pelos quais atendia a esses depoimentos, em suma, explicitando o seu percurso valorativo (cfr. fls. 816-v e 817). Acrescente-se que, para esse efeito e no que à prova testemunhal concerne, não é necessário, ao contrário do que parece entender o apelante, que o tribunal faça “alusão ao conteúdo do depoimento das várias testemunhas inquiridas em julgamento”. Efectivamente, a específica indicação do sentido do depoimento pode relevar para exemplificar ou concretizar uma ideia no discurso mas não mais do que isso, e a actividade que se exige é fundamentalmente analítica e não enunciativa.

Em suma, não ocorre omissão de fundamentação do julgamento de facto, considerando-se que o tribunal de

primeira instância justificou suficientemente a formação da sua convicção, de sorte que a decisão proferida não surge como arbitrária, discricionária ou descontextualizada, em face da prova produzida.

Conclui-se que a sentença não enferma da nulidade invocada.

3. Também não pode considerar-se que a sentença padeça de obscuridade que a torne ininteligível e por isso nula – art. 615º, nº1, al) c) do C.P.C..

O art. 669º, nº1, al) a do C.P.C., na redacção anterior à Lei 41/2013 de 26/06, permitia à parte requerer ao tribunal que proferiu a sentença “[o] esclarecimento de alguma obscuridade ou ambiguidade da decisão ou dos seus fundamentos”, sendo aplicável à 2ª instância nos termos do art. 716º.

Tratava-se, pois, de permitir a aclaração da decisão ou dos fundamentos respectivos com vista, exclusivamente, a esclarecer alguma passagem de texto cujo sentido não se alcance (obscuridade) ou que permita interpretações diferentes (ambiguidade).

Com o *novo* C.P.C. eliminou-se essa possibilidade mas o legislador ampliou o leque das nulidades de sentença, consagrando a nulidade da decisão quando “ocorra alguma ambiguidade ou obscuridade que torne a decisão ininteligível” – alínea c) do referido preceito. Ou seja, o vício em causa é a ininteligibilidade da decisão, sendo o motivo gerador a obscuridade e/ou a ambiguidade.

Lendo a decisão entendemos que não ocorre qualquer obscuridade e aliás nem sequer o apelante indica qual o texto – ou parte dele – cujo sentido não alcança. Em bom rigor, a crítica do apelante é mais vasta e incide afinal sobre a globalidade da fundamentação expressa pela Meritíssima Juiz, sem que se perceba, acrescente-se, em que concreto ponto da matéria de facto diverge o apelante, o que nos conduz a outra questão a analisar. Acrescente-se que das alegações de recurso resulta igualmente que o Ministério Público bem alcançou o que a Meritíssima Juiz escreveu, acontece é que discorda do juízo valorativo exposto na sentença.

Conclui-se que a sentença não enferma da nulidade invocada.

4. Quando seja impugnada a decisão proferida sobre a matéria de facto, deve o recorrente obrigatoriamente especificar, sob pena de rejeição:

a) Os concretos pontos de facto que considera incorrectamente julgados;

b) Os concretos meios probatórios, constantes do processo ou de registo ou gravação nele realizada, que impunham decisão sobre os pontos da matéria de facto impugnados diversa da recorrida.

c) A decisão que, no seu entender, deve ser proferida sobre as questões de facto impugnadas –art. 640º, nº 1.

Salienta-se que as alíneas a) e b) tem correspondência com o que anteriormente dispunha o art. 685º-B, nº1 da lei processual civil, não nos parecendo que o aditamento constante da actual alínea c) introduza qualquer novidade porquanto essa exigência já se continha implicitamente na formulação do juízo de impugnação.

No caso, é patente que o Ministério Público/apelante não deu cumprimento ao disposto no referido preceito porquanto não cuidou de especificar os concretos pontos de facto que considera incorrectamente julgados, indicando, com precisão:

- quais os factos que o tribunal deu, indevidamente, como provados, e cuja eliminação pretende;

- quais os factos que o tribunal devia ter dado como provados e erradamente omitiu, com vista ao seu aditamento e consequente ampliação (da factualidade assente);

- quais os factos que, dados como assentes pelo tribunal, o deviam ser em termos diferentes, ou seja, qual o conteúdo de texto que pretende ver modificado.

O que passa pela concreta individualização/descrição desses factos, reportados à numeração sob a qual são identificados na sentença, em ordem a que se alcance em que termos o recorrente pretende a alteração da decisão sobre a matéria de facto por parte desta Relação, nos vários sentidos possíveis (eliminação, aditamento e modificação de texto).

Particularizando, o apelante alude ao depoimento das duas testemunhas inquiridas, chegando a enunciar passagens dos depoimentos, sem que se alcance das alegações de recurso

quais os específicos pontos da matéria de facto que devem ser modificados, nem o sentido proposto para a alteração.

Como se referiu no Ac. STJ de 13/07/2006, “com as normas atinentes à interposição de recurso e apresentação de alegações, pretendeu o legislador criar um conjunto de regras de natureza prática, a observar pelos recorrentes, que permitam ao Tribunal “ad quem” apreender, de forma clara, as razões fácticas e jurídicas que corporizam a dissidência relativamente ao julgado, de modo a que o Tribunal as aprecie com rigor: nem mais nem menos, do que é pedido, com ressalva das matérias oficiosamente cognoscíveis.

A exigência da apresentação de “conclusões” insere-se neste mesmo propósito mas desta feita, tendo especificamente em vista a apresentação de um quadro sintético – em resumo – das questões que se pretende ver apreciadas, de modo a que o Tribunal percepcione, rápida e facilmente, o fundamento do recurso, assim se assegurando, em última instância, “... a defesa dos direitos e a objectividade da sua realização” (cfr. Ac. T.C. nº 715/96 in D.R. II Série, de 18/3/97)” [³¹].

Assim sendo, porque o apelante omitiu por completo essa referência quer no corpo das alegações quer nas conclusões, impõe-se a rejeição da impugnação feita quanto ao julgamento de facto.

O apelante percepcionou a omissão, mas justifica-a indicando nas conclusões de recurso que em virtude das apontadas nulidades, ocorre uma “impossibilidade de cumprimento do ónus a que se reporta o artº 640º do CPC” (6ª conclusão).

Ora, improcedendo essa invocação, como aconteceu, necessariamente se conclui que não tem cabimento a referida justificação.

Mesmo que assim não fosse, isto é, ainda que em hipótese se aceitasse – e não é esse o caso, como já se referiu –, a existência da invocada omissão de fundamentação do julgamento de facto, daí não decorreria a admissibilidade de impugnação do julgamento de facto sem que o apelante indique com precisão os pontos de facto que considera incorrectamente julgados e o sentido da alteração que propõe (art. 640º, nº1, alíneas a) e c). No caso, e paradoxalmente, o apelante incide a sua análise nos depoimentos dos dois médicos aludidos, de forma estéril porquanto não fornece qualquer indicação quanto aos factos

que, em seu entender, o tribunal devia ter dado como provados – e não deu – ou que o tribunal deu, indevidamente, como assentes. E não se vê qualquer obstáculo a que o fizesse, uma vez que esteve presente em audiência tendo, necessariamente, formado a sua convicção quanto ao que se provou e termos respectivos: a Meritíssima Juiz expôs a sua, materializada nos factos dados como assentes, tendo por base o articulado da petição inicial, não se percebe a razão pela qual o Ministério Público não o fez também, em sede de recurso.

Pelas razões apontadas rejeita-se a impugnação do julgamento de facto feita pelo apelante, não se conhecendo da mesma.

5. Nos termos do art. 138º do Cód. Civil pode ser interdito do exercício dos seus direitos quem por anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira se mostre incapaz de governar a sua pessoa e bens – nº1.

Tais causas só motivam a interdição se revestirem certas características (cumularivas), a saber, quando sejam incapacitantes – tornando “aqueles que afectam inaptos para o governo de suas pessoas e bens” –, “actuais e não passadas ou previsíveis” e “permanentes (embora se não exija que sejam incuráveis” [[14](#)]).

O legislador civil não definiu o conceito de *anomalia psíquica*, sendo que também não encontramos noutros diplomas elementos que auxiliem nessa delimitação [[15](#)]. No entanto, é entendimento unânime na doutrina e jurisprudência que a mesma abrange perturbações do intelecto, da vontade e da afectividade [[16](#)].

Lê-se no ac. RP de 03-11-2005:

“A anomalia psíquica compreende qualquer perturbação das faculdades intelectuais ou intelectivas (afectando a inteligência, a percepção ou a memória) ou das faculdades volitivas (atinente quer à formação da vontade, quer à sua manifestação).

Teve-se aqui em conta, nomeadamente, que há enfermidades mentais nas quais o primeiro aspecto permanece suficientemente intacto, mas que a componente volitiva surge alterada.

O nosso legislador prescindiu de fornecer uma definição do conceito de anomalia psíquica, o que constitui um necessário

reenvio às correspondentes noções científicas, médico-psiquiátricas, na sua contínua evolução, permitindo a actualização do seu conteúdo.

Não é pressuposto, pois, da interdição por anomalia psíquica, a existência de uma típica enfermidade mental, importando, sobretudo, a presença de uma qualquer perturbação, desarranjo ou defeito patológico das faculdades psíquicas, dando lugar a uma incapacidade para prover aos interesses pessoais.

Decorre desta mesma ideia que a anomalia psíquica, conquanto imprescindível, não releva, em si, mas enquanto causa da inaptidão.

Ou dito doutro modo, o juízo de incapacidade ou impossibilidade para governar a própria pessoa e bens aparece, segundo o ligame de interdependência estabelecido pelo legislador, como medida de relevância da anomalia psíquica.

Sendo certo, no entanto, que a lei - artigo 138º do Código Civil – exige ao julgador que constate um nexó etiológico entre a anomalia psíquica e a incapacidade: esta há-de resultar daquela, ter nela a sua origem”[[17](#)].

A expressão substituiu o termo “demência” que constava do Código Civil de 1867, reportada à “anomalia mental”, referindo Manuel de Andrade que “[t]alvez mais rigoroso seria dizer anomalia psíquica. Não parecem excluídos da demência, neste sentido, os casos em que a anomalia tenha as suas mais salientes revelações no domínio da vontade e não propriamente no do intelecto” [[18](#)].

É neste contexto que se percebe o posicionamento da primeira instância quanto refere na sentença que o requerido “não está privado de juízo crítico e de entendimento” mas, sofrendo de uma depressão, que “implica uma deficiência volitiva e emocional que atinge, por vezes, situações e estados muito graves”, no quadro que a factualidade assente evidencia, essa depressão “pode, caso não sejam tomadas medidas”, “determinar riscos para a respectiva saúde e património, como os já antes verificados” (fls. 818).

E, nessa dimensão, não pode deixar de aceitar-se esse juízo valorativo, considerando-se que a situação do requerido é susceptível de ser enquadrada no conceito de anomalia

psíquica, que é um conceito normativo [191], sendo despicienda a referência a “doença equiparável à mesma” feita na sentença recorrida.

Atentemos, então, de forma estruturada, na factualidade dada por assente, salientando-se que aqui, como nos demais casos que a jurisprudência vem dando nota, em processos de interdição, não se encontra, na parte da sentença reservada à indicação dos fundamentos de facto, qualquer referência textual indicativa de que o requerido seja *portador de anomalia psíquica*.

O requerido CV perfaz os 78 anos em 14-09-2014, o óbito da sua esposa verificou-se em Setembro de 2003 e o requerido foi internado no lar onde ainda hoje se encontra em Janeiro de 2009.

Caracterizando o estado de saúde (física e mental) do requerido temos que:

- manifestou falta de “vontade de viver” (nº26);
- no Natal de 2008 tinha um edema no pé esquerdo que motivou intervenção em hospital ainda hoje apresentando perda de tecido em três dedos do pé esquerdo, sendo visível o osso, por necrose (nºs 27 e 64);
- sofre de diabetes (nº41);
- em Junho de 2011 apresentava tonalidade depressiva no seu discurso, sempre associada à temática “ lar “, mantendo um quadro depressivo actualizado moderado, sentindo tristeza e desânimo por se encontrar integrado num lar” (nº 49);
- teve um quadro depressivo grave, que pôs em causa a sua saúde, quadro não ultrapassado totalmente, com melhorias mas com sintomatologia depressiva (nº52);
- toma, no lar, actualmente, Metformina 500 mg (medicamento para a diabetes) e toma ainda Dumyrox 100 mg (um antidepressivo), medicamento este que toma há pelo menos ano e meio, tendo ainda tomado Sertralina 100 mg (1 comprimido por dia) e Risperidona 1 mg (2 por dia), tendo este medicamento sido retirado pelo médico do lar ao requerido por lhe provocar sonolência; os medicamentos aludidos em 58 - foram receitados ao requerido por um médico psiquiatra chamado ao mesmo à instituição pelo médico assistente do lar onde o requerido se encontra, HC (nºs 59 e 60°);

- em 2010 o médico psiquiatra DM recomendou tratamento medicamentoso ao requerido, que o não quis fazer (nº63);

- foi-lhe diagnosticada síndrome depressivo grave e arrastado, associado a significativa deterioração física, evidenciada, prejudicando o desempenho das actividades do dia-a-dia (nº62º);

- não sofre de debilidade mental ou física (nº47);

Caracterizando a vivência do requerido na sua casa de ... e, posteriormente, no lar para onde o seu irmão o levou:

- a partir de momento não concretamente apurado mas posterior à morte da mulher não tirava, durante muito tempo, o correio que (lhe) era dirigido e que estava na caixa do correio do prédio sito na Rua (...)em Lisboa (nº21);

- acumulava, em casa e em cima da mesa da sala, a correspondência, por abrir e, na cozinha, embalagens de comida trazida de fora (nº22).

- após o decurso de algum tempo sobre a morte da sua mulher o requerido manteve contacto com um primo, VR, sendo a única pessoa a quem o requerido abriu a porta da sua residência durante algum tempo (nº23);

- não gosta de estar no lar (nº33).

- não tem condições para viver sozinho sem apoio e gostaria de viver numa casa perto da do requerente (nº34) .

- não sabia e não sabe tratar dos assuntos domésticos (nº45);.

- deixou de ter interesse pelas actividades da sua vida diária e pelas suas obrigações financeiras (nº46);.

- no lar onde se encontra institucionalizado o requerido apenas toma banho por tal ser uma das regras da instituição e não toma o banho sozinho, sendo levado por funcionários (nº53);.

- nesse lar o requerido mantém-se, durante todo o dia, no seu quarto, ali tomando inclusive as suas refeições e permanece de pijama e robe de flanela todo o dia, independentemente do tempo atmosférico (nº54);

- não participando em qualquer das actividades organizadas pelo lar para os seus ocupantes (nº55);

- à noite o requerido sai do seu quarto no lar e passeia, sozinho, pela instituição (nº58);

- não demonstra qualquer interesse em vir a Lisboa, à sua residência ou em qualquer assunto da sua vida anterior à sua entrada no lar (nº 65);

Intelectualmente e em termos cognitivos:

- em Setembro de 2009 apresentava-se orientado no espaço e no tempo, apresentando-se limpo e colaborante (nº39);

- em Junho de 2010 apresentava-se orientado no tempo e no espaço, com discurso articulado, lógico e coerente, com um Q. I. dentro dos parâmetros da normalidade e dentro da média, revelando deterioração do funcionamento intelectual, com moderada deterioração da performance cognitiva e não apresentava deficit cognitivo. À mesma data, o requerido não apresentava deterioração da memória imediata ou de evocação, manifestando capacidade para aprender nova informação e recordar uma previamente aprendida, apresentando comprometimento moderado da memória a curto prazo e a sua capacidade de execução (que envolve a capacidade do pensamento abstracto, planeamento, iniciação e sequenciação de uma tarefa) mostrava-se intacta, apresentando depressão moderada; Ainda nessa data encontrava-se dotado de juízo crítico, com um nível de inteligência situado dentro da média para a sua idade (nºs 42 e 43);

- em Setembro de 2009 o requerido apresentava-se orientado, limpo e cuidado, com discurso lógico e coerente, humor subdepressivo e discreta ansiedade sintónica à situação, não evidenciando défice cognitivo (nº 44);

- em Junho de 2011 o requerido apresentava um quociente intelectual dentro da média, sem revelar indicadores de disfunção cognitiva, à excepção de ligeira deterioração num dos instrumentos utilizados. À mesma data o requerido apresentava tonalidade depressiva no seu discurso, sempre associada à temática “ lar “, mantendo um quadro depressivo actualizado moderado, sentindo tristeza e desânimo por se encontrar integrado num lar (nº49);.

Quanto aos bens e património do requerido, este deixou de cuidar dos mesmos, nomeadamente não acudindo aos pagamentos inerentes à normalidade da vida quotidiana, sendo significativo que, depois de se reformar, tenha estado nove meses sem diligenciar pela obtenção da pensão de reforma, perdendo o correspondente valor (cfr. a factualidade assente sob os números 18 a 20, 24, 25 e 46).

O quadro assim traçado evidencia uma pessoa dotada de *razão* mas que padece de uma grave deficiência a nível volitivo [[10](#)], enquadrável no conceito de anomalia psíquica para o efeito em apreço e sem preocupação de subsunção, por ora, ao regime da interdição ou da inabilitação porquanto se trata de pressuposto cuja verificação é comum a ambos os regimes, embora com diferente gradação, matéria a que *infra* aludiremos.

6. O apelante considera que a primeira instância “recorreu à analogia para caracterizar uma hipotética anomalia psíquica do requerido” pelo que, assim sendo, porque estamos perante normativo que restringe direitos fundamentais, a sentença recorrida violou o art. 26º, nº4 da C.R.P., preceito que consagra o direito à capacidade civil, impondo que as restrições a esse direito “só podem efectuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos”.

“A *analogia* é a aplicação de um preceito jurídico estabelecido para certo facto a outro facto *juridicamente relevante* mas sem *directa* ou *implícita* regulação (*caso omissio*) e semelhante ao primeiro” [[11](#)].

Do que se expôs decorre que não se recorreu à analogia para considerar que a situação do requerido é susceptível de integrar o conceito (normativo) de *anomalia psíquica*, pelo que não procede a objecção invocada.

Saliente-se que é questionável se, no que especificamente concerne ao elenco das causas indicadas no art. 138º, nº1 do Cód. Civil – e, identicamente, no art. 152º do mesmo diploma –, estamos perante uma enunciação taxativa ou exemplificativa.

Não encontramos no preceito, a nível literal, qualquer elemento indicativo em qualquer dos sentidos pelo que, como refere Oliveira Ascensão, quando o legislador tipifica, *maxime* quando enumera, e não esclarece, como é o caso, se a tipologia é taxativa ou enunciativa, deverá, em princípio, “concluir-se pelo carácter enunciativo das tipologias legais, só lhes devendo atribuir outra natureza quando razões especiais nos convençam nesse sentido. Porque o grande princípio da nossa ordem jurídica é o do tratamento idêntico de casos equivalentes” [[12](#)]. Assim sendo, nenhum obstáculo se colocaria à inclusão de outras causas incapacitantes, posto que se verificassem em concreto os demais requisitos legais.

Meneses Cordeiro, pronunciando-se expressamente sobre a questão, refere que se trata de enumeração exemplificativa que surge por razões de tradição histórica. “De facto, decisivo é o facto de os visados se mostrarem “incapazes de governar suas pessoas e bens” – 138º/1, *in fine*. Se compararmos este preceito com o artigo 152º referente à inabilitação, verificamos que este último considera as mesmas “anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira” permanentes mas não tão graves que justifiquem a interdição: a pedra de toque está, pois, na gravidade da deficiência e nas suas consequências. Em compensação – e deixando de lado a prodigalidade – o artigo 152º refere o (ab)uso de bebidas alcoólicas ou de estupefacientes que deixe o visado incapaz de reger convenientemente o seu património. Não poderão essas circunstâncias conduzir à interdição? A resposta é positiva, dependendo apenas de concreta gravidade registada. De resto, o alcoolismo crónico e a toxicomania incurável podem ser convolados para “anomalias psíquicas”” [[13](#)] [[14](#)].

Em suma, para quem partilha este entendimento, então, nem sequer se colocaria a questão suscitada pelo apelante.

7. O apelante questiona ainda que, à data da decisão, se verifique o pressuposto alusivo à *actualidade*.

Não tem razão porquanto a factualidade assente reflecte suficientemente o percurso do requerido, afigurando-se-nos poder afirmar-se que se mantém a deficiência existente à data da sua institucionalização, subsequente à ida ao hospital, inexistindo qualquer elemento que indiciasse que o seu estado é, agora – leia-se, à data de prolação da decisão –, substancialmente diferente.

O apelante não peticionou a realização de novos exames médicos ao requerido, para além daqueles que a lei do processo especificamente prevê e a que se procedeu, sendo que também não se evidencia dos autos qualquer elemento que justifique a realização de novos meios de prova.

Acresce que aquando do julgamento se procedeu à inquirição dos dois médicos, sendo um deles o da instituição e que aí se desloca regularmente.

Nesta matéria, particularmente em casos como o dos autos, exige-se alguma ponderação na análise, conciliando-se razões de segurança jurídica com exigências de celeridade.

Em suma, verifica-se o pressuposto em causa e a que *supra* aludimos.

8. Retira-se, pois, da factualidade assente que estamos perante uma anomalia (na formação e manifestação da vontade) que é incapacitante e faz perigar a pessoa do requerido e os seus bens, perigo que, aliás, já se concretizou.

A questão que ora se nos coloca é saber se essa anomalia assume gravidade tal que justifique a interdição (art. 152º do Cód. Civil), impondo-se resposta negativa.

Não tendo o requerido a sua capacidade intelectual e cognitiva diminuída, não tem cabimento a imposição de limitações tão gravosas como as que decorrem da instituição da interdição, quer à sua capacidade de gozo [[15](#)] quer de exercício [[16](#)], afigurando-se-nos suficiente ou bastante para a defesa dos interesses do requerido – como se sabe, esse é o principal valor jurídico protegido –, decretar a inabilitação, que não conduz a uma incapacidade geral, antes se reporta apenas a determinados actos (arts. 153º e 154º do Cód. Civil). “A especial diferença entre a interdição e a inabilitação mantém-se, nessa altura, no domínio das situações de natureza pessoal; o curador – ao contrário do tutor – não pode tomar quaisquer medidas no tocante ao inabilitado, o qual se conserva livre, na esfera pessoal” [[17](#)].

Concretizando e a título exemplificativo, deixa de ser o tutor a determinar o local de residência do requerido, que é livre de decidir onde vive – e tem discernimento para escolher –, sem prejuízo de ter a assistência do curador na gestão dos seus rendimentos em ordem a suportar os custos respectivos.

Impõe-se, pois, a opção pela solução menos gravosa e mais consentânea com o respeito pelo princípio de que os cidadãos portadores de deficiência gozam plenamente de todos os direitos conferidos aos cidadãos em geral (cfr. os arts. 18º, nºs 2 e 3, 13º e 71º, nº1 da Constituição da República Portuguesa) [[18](#)].

Afastamo-nos, pois, da solução propugnada na sentença recorrida, aceitando-se nessa medida a posição que o apelante sustenta.

Consequentemente, não estando o tribunal vinculado à pretensão formulada no requerimento inicial (art. 901º, nº1), cumpre decretar definitivamente a inabilitação do

requerido, impondo-se delimitar a actuação do curador que lhe presta assistência nos termos dos arts. 901º, nº2 do *novo* CPC e 153º do Cód. Civil.

Considerando o que *supra* se indicou quanto aos bens e património do requerido (cfr. a factualidade assente sob os números 18 a 20, 24, 25 e 46), cujo valor assume alguma dimensão (imóveis, depósitos bancários e pensão de reforma, conforme relação de bens apresentada no processo), impõe-se entregar a administração desse património ao curador, nos termos do art. 154º, nº1 do Cód. Civil, competindo-lhe, nomeadamente, assegurar o pagamento das despesas alimentares do requerido, incluindo os encargos com a instituição ou casa que o requerido escolher como sua habitação, para residir, e remunerações das pessoas encarregues de cuidar do requerido.

Os actos de disposição de bens entre vivos estarão sujeitos a autorização do curador, nos termos do art. 153º, nº1 do Cód. Civil.

*

Conclusões:

1. Sendo impugnado o julgamento de facto feito pelo Tribunal *a quo*, o cumprimento do disposto no art. 640º, nº1, alínea a) do *novo* C.P.C. (art. 685º-B, nº1, alínea a) na anterior redacção) passa pela indicação dos termos em que o recorrente pretende seja alterada a decisão sobre a matéria de facto por parte desta Relação, nos vários sentidos possíveis (eliminação, aditamento e modificação de texto);
2. O legislador civil não definiu o conceito de anomalia psíquica, sendo que também não encontramos noutros diplomas elementos que auxiliem nessa delimitação. No entanto, é entendimento unânime na doutrina e jurisprudência que a mesma abrange perturbações do intelecto, da vontade e da afectividade;
3. Não tendo o requerido a sua capacidade intelectual e cognitiva diminuída – denotando deficiência na formação e manifestação da vontade –, não tem cabimento a imposição de limitações tão gravosas como as que decorrem da instituição da interdição, quer à sua capacidade de gozo quer de exercício, afigurando-se-nos suficiente ou bastante para a defesa dos interesses do requerido – como se sabe, esse é o principal valor jurídico protegido –, decretar a

inabilitação, que não conduz a uma incapacidade geral, antes se reporta apenas a determinados actos (arts. 153º e 154º do Cód. Civil).

*

Pelo exposto, acordam os juízes desta Relação em julgar parcialmente procedente a apelação e, consequentemente, revogando em parte a sentença recorrida, declara-se a inabilitação, por anomalia psíquica, de CV, fixando-se o início da incapacidade na data já indicada na sentença (em 1.7.2008).

Mais se decide, nos termos do art. 901º, nº2 do *novo* C.P.C. que compete ao curador praticar os actos supra aludidos em 8, no mais se mantendo as nomeações já determinadas na sentença recorrida, com as alterações resultantes do presente acórdão, isto é, o cargo de curador competirá ao requerente, MV, mantendo-se o conselho de família (art. 154º, nº2 do Cód. Civil).

Sem custas, porquanto o requerido a elas não deu causa.

Notifique e oportunamente proceder-se-á à comunicação à C. R. Civil.

Lisboa, 24 de Junho de 2014

(Isabel Fonseca)

(Maria Adelaide Domingos)

(Eurico José Marques dos Reis)

^[1] Aprovado pela Lei 41/2013 de 26/06, em vigor desde 1 de Setembro de 2013.

^[2] A referência legal reporta-se ao diploma anterior, que não tem directa correspondência no *novo* Código.

^[3] Proferido no processo 06S698 (Relator: Sousa Brandão), acessível in www.dgsi.pt

^[4] Castro Mendes, *Direito Civil, Teoria Geral*, Vol. I, AAFDL, 1978, p. 335.

^[5] Cfr. a Lei de Saúde Mental (Lei 36/98 de 24/07 com as alterações resultantes da Lei n.º 101/99, de 26/07, art. 1º) e o C.Penal (art. 20º).

[6] Pires de Lima e Antunes Varela (*Código Civil Anotado*, vol. I, 3ª edição, Coimbra Editora, Coimbra, 1982, p.146) consideram que a “expressão anomalia psíquica abrange não só as deficiências de intelecto, de entendimento ou de discernimento, como as deficiências da vontade e da própria afectividade ou sensibilidade”. No mesmo sentido, Mota Pinto, *Teoria Geral do Direito Civil*, 2ª edição, Coimbra Editora, Coimbra, 1983, p.226.

[7] Proferido no processo: 0535475 (Relator: Oliveira Vasconcelos), acessível in www.dgsi.pt,

[8] *In Teoria Geral da Relação Jurídica*, vol. II, Coimbra, 1987, Almedina, Coimbra, p.81 (nota1).

[9] João Curado Neves (*A problemática da Culpa nos Crimes Passionais*, Coimbra Editora, Coimbra, 2008, p. 169) escreve: “O que é um funcionamento normal ou não normal da mente é algo a que o jurista só pode responder com alguma dificuldade. É certo que qualquer pessoa tem um conhecimento empírico do que é claramente normal ou anormal, e até certo ponto da medida em que a anormalidade do comportamento permite duvidar da saúde psíquica do indivíduo. Mas teremos grande vantagem em ultrapassar este conhecimento superficial e obter uma aplicação mais certa e uniforme do direito, pois esta é uma matéria que é objecto de estudo de várias ciências, nomeadamente a psicologia, a psiquiatria e a psicopatologia. (...) Isto não significa que a “anomalia psíquica” deixe de ser um conceito normativo, cuja extensão tem que ser determinada com recurso à metodologia jurídica. Mesmo quando recolhe conceitos provenientes de outras áreas da ciência, o legislador está a adaptá-los ao quadro legal em que se vão inserir, o que pode implicar uma redefinição dos seus limites. Todavia, esta redefinição é efectuada tendo em consideração o significado do conceito em causa na ciência que tem por objecto o estudo dos fenómenos que lhe são imanentes. O intérprete da lei não pode utilizar um conceito que remete para uma área de conhecimento sobre a qual está insuficientemente informado sem conhecer o sentido que tal conceito pode ter para os especialistas dessa área. Só a partir deste conhecimento é possível verificar em que medida o legislador estava a tomar o significado técnico da expressão em consideração e em que medida o pretendia redefinir”.

[10] Salientam-se três acontecimentos (sucessivos) que, habitualmente, nos estudos sobre o idoso, constituem

factores associados à depressão: a morte do cônjuge, ..., em 2003, a reforma do requerido, em data não concretamente apurada mas posterior ao óbito da mulher e a institucionalização em 2009, que não foi desejada e que se mantém (indesejada) até ao presente.

[11] Galvão Teles, *Introdução ao Estudo do Direito*, vol. I, 11ª edição, Coimbra Editora, Coimbra, 2001, pp.261-262.

[12] *O Direito, Introdução e Teoria Geral*, 13ª edição, Almedina, Coimbra, 2013, p. 454.

[13] *Tratado de Direito Civil Português I, Parte Geral, Tomo III*, Pessoas, 2ª edição, Almedina, Coimbra, 2007, p.467.

[14] Em sentido contrário vai o ac. Ac. RP de 03-11-2005, *supra* referido, podendo aí ler-se: “Atendendo a que a interdição colide necessariamente com a liberdade individual, implicando uma restrição de direitos fundamentais, compreende-se que ela apenas seja possível com fundamento legal inequívoco, pelo que a enumeração das suas causas ou pressupostos contida no artigo 138º do Código Civil deve considera-se exaustiva e não susceptível de ser aplicadas por via analógica”.

[15] O interdito por anomalia psíquica não pode perfilhar (art. 1850.º, n.º 1, do Cód. Civil), nem testar (art. 2189º, alínea b) do Cód. Civil), sendo que há outras limitações que se colocam igualmente ao inabilitado por anomalia psíquica (não podem casar e estão inibidos de pleno direito das responsabilidades parentais (arts. 1601.º, alínea b) e 1913.º, n.º 1, alínea b), todos do Cód. Civil).

[16] O interdito é equiparado ao menor (art. 139º do Cód. Civil).

[17] Meneses Cordeiro, obr. cit. p. 474.

[18] Sobre a exigência de proporcionalidade na aplicação do regime de interdição/inabilitação aludiu, embora em diferente contexto processual, cfr. o ac. do TC n.º 359/2011, de 12 de Julho de 2011, proferido no processo n.º 58/11 (Relator: João Cura Mariano), acessível in www.dgsi.pt



Unidade de Saúde Pública

Ex.mo Senhor
Dr. Juiz de Direito
do Tribunal Judicial da Comarca
de

V/ref. ^a	Data	N/ref. ^a	Data
---------------------	------	---------------------	------

ASSUNTO: REQUERIMENTO PARA INTERNAMENTO COMPULSIVO

....., Autoridade de Saúde do Conselho de
vem, ao abrigo da alínea d), do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 336/93,
de 29 de Setembro, e no cumprimento do preceituado no n.º 1 do artigo 13.º da Lei
36/98, de 24 de Julho, solicitar a V. Ex.º se digne mandar proceder ao internamento
compulsivo de
residente em
concelho de , por julgar estarem reunidos os
pressupostos do **n.º 1 ou do n.º 2** (optar de acordo com a situação correspondente) do artigo 12.º
da Lei acima mencionada, especificamente por (seleccionar de acordo com o n.º referido)
☐ **n.º 1** ser portador de anomalia psíquica grave que cria, por força dela, uma situação de
perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal
ou patrimonial, e recusa a submeter-se ao necessário tratamento médico
☐ **n.º 2** ser portador de anomalia psíquica grave e não possuir o discernimento necessário
para avaliar o sentido e alcance do consentimento, sendo que a ausência de tratamento
deteriora de forma acentuada o seu estado.

A Autoridade de Saúde

Em anexo: informação disponível, relatórios clínico-psiquiátricos e psicossociais

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Morada, 11f

À Autoridade de Saúde de

.....(o requerente), portadora do BI n.º, emitido

em pelo de vem requerer emissão de mandado de condução ao serviço

.....de urgência psiquiátrica de(relação familiar),

.....(nomme), résidente.....

.....Concelho de....., em virtude de o/a mesmo/a

recusar tratamento e está a pôr em perigo os bens jurídicos pessoais e patrimoniais, próprios ou alheios, apresentando o seguinte comportamento: (descreva os factos que motivam o seu

pedido).

[illegible]

(Assinatura)

..... Registro

....., Autoridade de Saúde de
....., tendo tido conhecimento a/...../..... através de:

Médico	Familiar devidamente identificado	Participado por outro devidamente identificado	Outros. Indicar qual
--------------	-----------------------------------------	------------------------------------------------------	----------------------------

de que
de anos, residente em
do Conselho de , se encontra em situação susceptível de
integrar os requisitos necessários

ou }	ao pedido de internamento compulsivo
	à emissão de um mandado de condução urgente para avaliação psiquiátrica,

por (selecione os itens que correspondem à situação)

ser portador de anomalia psíquica grave existir perigo/perigo iminente (riscar uma das situações) para os bens jurídicos próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial com recusa de submissão ao necessário tratamento médico atendendo à deterioração aguda do seu estado não possuir o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, e a ausência de tratamento detiora de forma acentuada o seu estado

As razões que fundamentam a necessidade da presente iniciativa decorrem de (incluir a
descrição circunstanciada dos factos actuais e incluir menção de antecedentes de que tenha conhecimento
ou exista registo):

A Autoridade de Saúde

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Registo

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Morada, tlf



Unidade de Saúde Pública

Ex.mo Senhor
Graduado de Serviço da

MANDADO PARA CONDUÇÃO URGENTE DE:

....., residente, concelho de

No cumprimento dos artigos 22º e seguintes, da Secção IV, da Lei nº 36/98, de 24 de Julho, determino a condução à Urgência Psiquiátrica do Hospital, do portador de anomalia psíquica, acima identificado, atendendo à deterioração aguda do seu estado de saúde e por existir perigo iminente para os bens jurídicos próprios e alheios de natureza pessoal ou patrimonial, com recusa de submissão ao necessário tratamento médico.

Observações: (informação clínica confidencial em anexo, a entregar ao médico da urgência).....

..... de de Horas

A Autoridade de Saúde

(selo branco)

Registo

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Morada, tlf



Ministério da Saúde

ARSLV

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

FAX

SERVIÇO: Psiquiatria Piso 4

DATA: 08/04/2011

RESPONSÁVEL: Prof.^a Luísa Figueira

PARA ENTIDADE: Comarca da Grande Lisboa - Noroeste

N.º FAX: 21 1545157

ASSUNTO: Internamento Compulsivo : '11.5T2SNT'

Vimos por este meio enviar nova avaliação clínico-psiquiátrica de

Com os melhores cumprimentos,


H.S.M.
Departamento de Neurociências e Saúde Mental
Serviço de Psiquiatria, Piso 4
Vanda Carneiro

SERVIÇO DE
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chin.pt

Alameda das Linhas de Torres, 147
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chin.pt



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICO PSIQUIÁTRICA

AV. PROF. EGAS MONIZ

1649-035 LISBOA

TEL.F. 217805000 Identificação do Internando _____

• Assinale o tipo de Avaliação a realizar

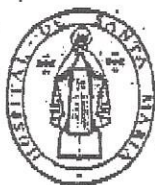
- ☒ Avaliação Clínico-Psiquiátrica (artº 17º)
☐ Avaliação Clínico-Psiquiátrica na Urgência (artº 22º)
☐ Avaliação Clínico-Psiquiátrica em Internamento Voluntário (artº 13º)
☐ Avaliação Clínico-Psiquiátrica na Revisão Obrigatória (artº 35º)
☐ Avaliação Clínico-Psiquiátrica para substituição de internamento por Consultas/Notas de Alta de Internamento (artº 33º/35º)

• Assinale quais as fontes de informação para elaboração da avaliação

- ☒ O doente
☐ Família / Amigos
☐ Polícia / Testemunhas
☐ Processo Clínico ou Judicial
☐ Autoridade de Saúde
☐ Outros

• Motivo da Avaliação e História Clínica Sumária

doente do sexo feminino de 46 anos de idade com o diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide com mais de 20 anos de evolução. A doente já recebeu vários tratamentos psiquiátricos, no entanto, tem tido uma fraca resposta aos mesmos. Assim foi instituída uma terapêutica de 2ª linha clozapina que a doente aceita mas que será a indicada dado o quadro clínico que a doente apresenta. Atualmente mantém ideias delirantes de perseguição persecutório misto e político. Não apresenta qualquer risco para a sua integridade clínica.



AV. PROF. EGAS MONIZ

1649-035 LISBOA

TELF. 217805000

- Diagnóstico provisório. Medidas terapêuticas (sua fundamentação)

Esquizofrenia Paranoide.
Medic. psiquiátricas nomeadamente
trazodolona antidepressiva (Clorazepina).

- Conclusão

- Outras observações que considere significativas

- Local e data da observação

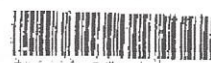
Lisboa (H. Santa Maria) 8 de Abril 2011

Assinaturas

16196

5B

Dr. 1



Acórdãos TRG**Acórdão do Tribunal da Relação de Guimarães**

Processo: 2437/05-1
Relator: MIGUEZ GARCIA
Descritores: PROVA PERICIAL
INTERNAMENTO
ANOMALIA PSÍQUICA
Nº do Documento: RG
Data do Acórdão: 06-02-2006
Votação: UNANIMIDADE
Texto Integral: S
Privacidade: 1
Meio Processual: RECURSO PENAL
Decisão: NÃO PROCEDE A IMPUGNAÇÃO
Sumário:

I – Como se vê da fundamentação, a prova da anomalia psíquica da internanda resultou do relatório de avaliação clínico-psiquiátrica e dos esclarecimentos prestados em sessão conjunta de prova pelos peritos psiquiátricos, “os quais descreveram a anomalia psíquica de que a internanda é portadora, o seu carácter grave e o facto de se encontrarem em perigo bens jurídicos próprios e alheios”

II – Seguiu-se, na avaliação prevista no artigo 17º da Lei de Saúde Mental, o deferimento aos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência da internanda, no caso o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, a cargo de dois psiquiatras, como aí se determina.

III – O juízo técnico-científico em que assenta a decisão do juiz está-lhe integralmente subtraído, face ao disposto no indicado artigo 17º, n.º 5 (o juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do juiz), diferentemente do que ocorre quanto às perícias realizadas ao estado psíquico de alguém, sempre que se coloca a questão da inimputabilidade, podendo então o juiz divergir das conclusões dos peritos, desde que fundamente tal divergência, nos termos dos artigos 351º, n.º 1, e 163º, n.ºs 1 e 2, do Código de Processo Penal.

IV – A justificação pode resumir-se no “científica científice tratanda” (o que é científico deve ser cientificamente tratado: a solução encontra-se pericialmente).

V - Procedendo ao confronto do conteúdo do relatório dos autos com a materialidade levada à sentença, não vemos motivo para dar razão à recorrente ou para censurar a decisão que só por lapso evidente incluiu o relatório pericial como elemento da sua própria convicção, de que realmente está ausente, a par de outros documentos.

VI – Só levando em conta esta observação se

compreende a valia dos esclarecimentos dos peritos em sessão conjunta de prova, com a descrição da “anomalia psíquica de que a internanda é portadora, o seu carácter grave e o facto de se encontrarem em perigo bens jurídicos próprios e alheios”

VII – As declarações prestadas pela internanda nessa sessão conjunta vieram só reforçar no espírito do julgador “o juízo emitido no relatório”.

VIII – Houve até o cuidado de referir a declaração obtida particularmente pela internanda, que de facto só diz que a mesma “não padece de qualquer doença mental”, mas sem que para tanto se acrescente a mínima a fundamentação, sendo certo que, da declaração obtida pela recorrente junto de médica especialista psiquiatra, o que se retira é que, à observação, a mesma não apresentava sintomatologia alucinatório-delirante, pelo que só vale nessa medida, não infirmando minimamente as conclusões periciais, nem a recorrente, devidamente assistida, encontrou motivo para promover que se determinasse a renovação da avaliação clínico-psiquiátrica por outros psiquiatras, como de resto permite o n.º 3 do artigo 18.º da Lei de Saúde Mental.

IX – Não foi, assim, foi junto nenhum elemento capaz de pôr em causa a verificação das bases de facto sobre as quais se apoia a conclusão científica, nem as razões adiantadas no recurso contribuem para que se adira à afirmação de que não resultaram provados no presente contexto os factos dados como assentes.

X - . Nomeadamente, não basta agora opinar que “a internanda é uma pessoa autónoma que rege a sua própria pessoa e bens, apresentando-se no meio social decentemente vestida e arranjada, com plena e permanente consciência de todas as circunstâncias temporais e espaciais”, uma vez que a recorrente esteve presente, por si mesma, não só na sessão conjunta de prova, como compareceu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Braga para a avaliação clinicopsiquiátrica “com vista a eventual internamento compulsivo”, como os peritos que procederam a exame na pessoa da mesma sublinham

XI – Estes chegam mesmo a acentuar que a examinanda se [lhes] apresentou com arranjo pessoal preservado, contacto por vezes hiperpragmático e com um discurso fluente senão mesmo loquaz; mas apesar disso, no momento seguinte, os peritos referem “delírio estruturado, de teor persecutório e de prejuízo, sem qualquer permeabilidade à argumentação lógica. Humor neutro.

Sem actividade alucinatória visual. Juízo crítico ausente, com total incapacidade para admitir sofrer de doença de foro psiquiátrico bem como para aceitar qualquer tipo de intervenção terapêutica”.

XII – Diz-se no recurso que os factos praticados pela recorrente não permitem concluir que se verificam os pressupostos legais para o internamento compulsivo, não se encontrando provado o risco de bens jurídicos de relevante valor, nem determinados os bens jurídicos de relevante valor que se encontrem em risco com o não internamento compulsivo da internando.

XIII – Acontece que a lei, para os portadores de anomalia psíquica grave, como é o caso, põe como condição para a privação de liberdade a existência de uma situação de potencial criação de perigo de lesão de bens jurídicos de relevante valor como decorre do artigo 12º da Lei de Saúde Mental.

XIV - No limite, admite-se que se prescinda da própria situação de potencial perigosidade, estando tais casos previstos no n.º 2 do mesmo artigo 12º, ao consignar que “pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”.

XV – Ora, comprovadamente, a examinada não reconhece a sua doença e recusa por isso qualquer intervenção terapêutica, sendo que, por outro lado, as alterações comportamentais “têm acarretado graves repercussões no funcionamento psico-social da examinanda, bem como nos conviventes”.

XVI - Não se imagina a recorrente a tratar-se fora das condicionantes que a sentença lhe impôs, sendo os peritos firmes na afirmação do risco para bens jurídicos de relevante valor.

XVII - O quadro clínico correspondentemente descrito autoriza, mesmo a um não perito, concluir pelo risco para a vida e a integridade física da internanda, como correctamente se faz na sentença, pelo que ao contrário do que se refere na conclusão do recurso, ficariam assim, claramente em risco, bens de relevante valor, caso se não enveredasse pela solução do internamento.

Decisão Texto Integral:

Acordam em *audiência* no Tribunal da Relação de Guimarães

Na comarca de Braga foi determinado o internamento compulsivo de "A" no serviço oficial de saúde mental mais

próximo, por aplicação da disciplina dos artigos 8º, nºs 1, 2 e 3, e 12º, nºs 1 e 2, da Lei de Saúde Mental.

Foram dados por provados os seguintes factos: *a)* "A" nasceu no dia 14 de Janeiro de 1934; *b)* Apresenta delírio estruturado, de teor persecutório e de prejuízo, sem qualquer permeabilidade à argumentação lógica; *c)* Sofre de psicose delirante; *d)* Tem juízo crítico ausente, com total incapacidade para admitir sofrer de doença do foro psiquiátrico, bem como para aceitar qualquer tipo de intervenção terapêutica; *e)* Apresenta uma personalidade pré-mórbida de tipo paranóide, condicionando alterações comportamentais que têm acarretado graves repercussões no funcionamento psico-social da internanda, bem como nos conviventes; *f)* Sofre de anomalia psíquica grave; *g)* Estão em risco bens jurídicos de relevante valor, nomeadamente a vida e integridade física da própria e de terceiros.

A sentença concluiu pela existência dos legais requisitos para o internamento compulsivo, já que a internanda “é portadora de anomalia psíquica grave, não tem capacidade crítica do seu estado de saúde e a sua doença do foro psíquico origina que a internanda tenha comportamentos prejudiciais para si e para terceiros”.

No recurso interposto para esta Relação, "A" diz a concluir: (1) Não resultaram provados os factos dados como assentes e fundamentadores da decisão; (2) Os factos praticados pela recorrente não permitem concluir que se verificam os pressupostos legais do seu internamento compulsivo; (3) Não se encontra provado o risco de bens jurídicos de relevante valor; (4) Não se encontram determinados os bens jurídicos de relevante valor que se encontrem em risco com o não internamento compulsivo da internanda; (5) Não se encontram verificados os pressupostos do internamento compulsivo e estabelecidos no artigo 12º da Lei nº 36/98, de 24 de Julho.

Requer que se reaprecie “a prova produzida nos autos” e se não decrete o internamento compulsivo.

É de apoio à sentença impugnada a resposta do MP. Em desenvolvido e fundamentado parecer, o Ex.mo Procurador Geral Adjunto nesta Relação não vê razão para alterar o decidido.

Colhidos os “vistos” legais, procedeu-se à audiência a que se refere o artigo 423º do Código de Processo Penal, com observância do formalismo respectivo.

Como se vê da fundamentação, a prova da anomalia psíquica da internanda resultou do relatório de avaliação clínico-psiquiátrica de fls. 271, 272 e 281 e dos esclarecimentos prestados em sessão conjunta de prova pelos peritos psiquiátricos Dr. Joaquim ... e Dr.^a Beatriz ..., “os quais descreveram a anomalia psíquica de

que a internanda é portadora, o seu carácter grave e o facto de se encontrarem em perigo bens jurídicos próprios e alheios”. Seguiu-se na avaliação prevista no artigo 17º da Lei de Saúde Mental o deferimento aos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência da internanda, no caso o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, a cargo de dois psiquiatras, como aí se determina.

O juízo técnico-científico em que assenta a decisão do juiz está-lhe integralmente subtraído, face ao disposto no indicado artigo 17º, n.º 5 (*o juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do juiz*), diferentemente do que ocorre quanto às perícias realizadas ao estado psíquico de alguém, sempre que se coloca a questão da inimputabilidade, podendo então o juiz divergir das conclusões dos peritos, desde que fundamente tal divergência, nos termos dos artigos 351º, n.º 1, e 163º, n.ºs 1 e 2, do Código de Processo Penal. A justificação pode resumir-se no “científica *scientificamente* tratanda” (o que é científico deve ser cientificamente tratado: a solução encontra-se pericialmente). Procedendo ao confronto do conteúdo do relatório (fls. 271 e 272 e 281) com a materialidade levada à sentença não vemos motivo para dar razão à recorrente ou para censurar a decisão que só por lapso evidente incluiu o relatório pericial como elemento da sua própria convicção, de que realmente está ausente, a par de outros documentos. Só levando em conta esta observação se compreende a valia dos esclarecimentos dos peritos em sessão conjunta de prova, com a descrição da “anomalia psíquica de que a internanda é portadora, o seu carácter grave e o facto de se encontrarem em perigo bens jurídicos próprios e alheios”. As declarações prestadas pela internanda nessa sessão conjunta vieram só reforçar no espírito do julgador “o juízo emitido no relatório”. (A atendibilidade de uma *prova legal* escapa das mãos do juiz porque essa valoração foi imposta pelo legislador. Isso todavia não exclui que, respeitada a atendibilidade, o juiz possa pronunciar-se livremente sobre outras provas que, ao lado da prova legal, concorram para confirmar ou infirmar a hipótese fáctica. Cf. L. Lombardo, *La prova giudiziale. Contributo alla teoria del giudizio di fatto nel processo*, Milão, 1999, pág. 554 e segs.) Houve até o cuidado de referir a declaração obtida particularmente pela internanda (fls. 352), que de facto só diz que a mesma “não padece de qualquer doença mental”, mas sem que para tanto se acrescente a mínima fundamentação. Da declaração de fls. 354, também obtida pela recorrente da médica especialista psiquiatra Isabel Costa, o que se retira é que, à observação, a mesma não apresentava sintomatologia alucinatório-delirante, pelo que só vale nessa medida, não infirmando minimamente as conclusões periciais. Nem a recorrente, devidamente assistida, encontrou motivo para

promover que se determinasse a renovação da avaliação clínico-psiquiátrica por outros psiquiatras, como de resto permite o n.º 3 do artigo 18.º da Lei de Saúde Mental.

Não foi junto nenhum elemento capaz de pôr em causa a verificação das bases de facto sobre as quais se apoia a conclusão científica, nem as razões adiantadas no recurso contribuem para que se adira à afirmação de que não resultaram provados no presente contexto os factos dados como assentes. Nomeadamente, não basta agora opinar que “a internanda é uma pessoa autónoma que rege a sua própria pessoa e bens, apresentando-se no meio social decentemente vestida e arranjada, com plena e permanente consciência de todas as circunstâncias temporais e espaciais”, uma vez que a recorrente esteve presente, por si mesma, não só na sessão conjunta de prova, como compareceu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Braga para a avaliação clínico-psiquiátrica “com vista a eventual internamento compulsivo”, como os peritos que procederam a exame na pessoa da mesma sublinham. Estes chegam mesmo a acentuar (fls. 271) que a examinanda se [lhes] apresentou com arranjo pessoal preservado, contacto por vezes hiperpragmático e com um discurso fluente senão mesmo loquaz. Apesar disso, no momento seguinte, os peritos referem “delírio estruturado, de teor persecutório e de prejuízo, sem qualquer permeabilidade à argumentação lógica. Humor neutro. Sem actividade alucinatoria visual. Juízo crítico ausente, com total incapacidade para admitir sofrer de doença de foro psiquiátrico bem como para aceitar qualquer tipo de intervenção terapêutica”. A vinculação do Tribunal ao parecer dos peritos fez-se pois sem que uma razão válida impusesse censura à lógica dos caminhos por eles seguidos, inclusivamente no contacto com a examinanda.

Diz-se no recurso que os factos praticados pela recorrente não permitem concluir que se verificam os pressupostos legais para o internamento compulsivo, não se encontrando provado o risco de bens jurídicos de relevante valor, nem determinados os bens jurídicos de relevante valor que se encontrem em risco com o não internamento compulsivo da internanda.

Acontece que a lei, para os portadores de anomalia psíquica grave, como é o caso, põe como condição para a privação de liberdade a existência de uma situação de potencial criação de perigo de lesão de bens jurídicos de relevante valor como decorre do artigo 12.º da Lei de Saúde Mental. No limite, admite-se que se prescinda da própria situação de potencial perigosidade, estando tais casos previstos no n.º 2 do mesmo artigo 12.º, ao consignar que “pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o

discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”. Ora, comprovadamente, a examinanda “não reconhece a sua doença e recusa por isso qualquer intervenção terapêutica”. Por outro lado, as alterações comportamentais “têm acarretado graves repercussões no funcionamento psico-social da examinanda, bem como nos conviventes”. Não se imagina a recorrente a tratar-se fora das condicionantes que a sentença lhe impôs. Os peritos são firmes na afirmação do risco para bens jurídicos de relevante valor. O quadro clínico correspondentemente descrito autoriza, mesmo a um não perito, concluir pelo risco para a vida e a integridade física da internanda, como correctamente se faz na sentença. Daí que também se não deva atender à 4ª conclusão do recurso, justamente por assim estarem determinados bens de relevante valor, claramente em risco caso se não enveredasse pela solução do internamento.

A sentença preveniu, pois, todos os pressupostos legais e decidiu correctamente.

Nestes termos, acordam em que não procede a impugnação.

Não são devidas custas (artigo 37º da Lei de Saúde Mental).

Guimarães,



Comarca da Grande Lisboa-Noroeste
Sintra - Juízo de Média Inst. Criminal - 1ª Secção - Juiz 1
Av. Gen. Mário Firmino Miguel, 2 - Palácio Justiça - 2714-536 Sintra
Telef: 219104860 Fax: 211545157 Mail: sintra.sgi@tribunais.org.pt

Processo:	T2SNT	Internamento Compulsivo	N/Referência: 12002811
-----------	-------	-------------------------	------------------------

ACTA DE SESSÃO CONJUNTA
(art.º 19º da Lei 36/98, de 24 de Julho)

Data: 29-04-2011

Juiz de Direito:

Magistrada do Ministério Público:

Estagiário:

*

Sendo a hora marcada, publicamente e de viva voz, identifiquei os presentes autos de Internamento Compulsivo, em que são:

Autor: Ministério Público

Internando:

e de imediato procedi à chamada de todas as pessoas que nele devem intervir, após o que comuniquei verbalmente à Mmª Juiz, o rol dos presentes (art.º 329º, n.ºs 1 e 2 do C. P. Penal), a saber:

*

PRESENTES:

Internando:

Defensor Oficioso: Eunice Pedro

Peritos médicos:

*

FALTOSOS:

Ninguém.

*

Quando eram 15 horas e 15 minutos, pela Mmª Juiz foi declarada aberta a presente audiência de sessão conjunta, tendo-se de seguida passado à audição dos peritos médicos, da seguinte forma:

PERITOS MÉDICOS

— ' , médica psiquiatra interna na especialidade, que acompanha a internanda, pela mesma foi dito que:

A internanda encontra-se internada desde há cerca de dois meses, padecendo de um estado grave de esquizofrenia paranoide.



Comarca da Grande Lisboa-Noroeste
Sintra - Juízo de Média Inst. Criminal - 1ª Secção - Juiz 1
Av. Gen. Mário Firmino Miguel, 2 - Palácio Justiça - 2714-536 Sintra
Telef: 219104860 Fax: 211545157 Mail: sintra.sgj@tribunais.org.pt

A terapeutica anterior não estava a dar resultados, pelo que a mudaram e a internanda não concorda com a mesma. Razão pela qual a mesma foi internada.

Padece de ideias delirantes, de carácter político, religioso e de natureza persecutória. Receia um seu vizinho no mesmo prédio por quanto imagina que o mesmo possui uma arma de fogo e aponta na sua direcção, vivendo assim angústiada.

Habitualmente reside sozinha, é licenciada em matemática, mas não consegue exercer qualquer profissão devido às suas ideias delirantes não convivendo com ninguém.

Uma instituição que costumava levar-lhe as refeições a casa, mas por ter ficado crente que tal instituição teria cariz religioso, passou a recusar o fornecimento das referidas refeições. Assim deixou de se alimentar convenientemente.

Necessita de ser constantemente sujeita a terapeutica sob pena de a esquizofrenia paranoide se agravar.

*

i, médico psiquiatra, chefe de serviço que acompanha a internanda, pela mesma foi dito que:

A internanda possui uma visão anómala de toda a realidade, não se relacionando de forma normal com o mundo.

Encontra-se convicta que todos os vizinhos são seus inimigos, bem como é constantemente molestada por homens alguns desconhecidos e outros que identifica de uma forma vaga.

Caso não seja submetida a tratamento, não se cuidará, não se alimentará convenientemente e *in extremis*, por pensar que o mundo está contra ela poderá tentar o suicídio.

Atualmente a internada recusa fazer o tratamento pelo que, para seu bem, deverá continuar internada.

*

Após foi ouvida a internanda _____ pela mesma foi dito que não se recusa tomar dois medicamentos, mas por lhe causar efeitos desagradáveis recusa tomar um terceiro.

*

Seguidamente, pela Mm^a Juiz foi concedida a palavra, sucessivamente, à Digna Magistrada do Ministério Público e à ilustre advogada presente, para, nos termos do disposto no art.º 19º, n.º 2 da Lei 36/98, de 24 de Julho, proferirem as competentes alegações sumárias.



Comarca da Grande Lisboa-Noroeste
Sintra - Juízo de Média Inst. Criminal - 1ª Secção - Juiz 1
Av. Gen. Mário Firmino Miguel, 2 - Palácio Justiça - 2714-536 Sintra
Telef: 219104860 Fax: 211545157 Mail: sintra.sgj@tribunais.org.pt

Findas as alegações, a Mmª Juiz proferiu o seguinte:

DESPACHO

Oportunamente conclua, a fim de se proferir decisão.

Logo, todos os presentes foram devidamente notificados, tendo a audiência sido declarada encerrada quando eram 16 horas e 07 minutos.

A presente acta foi integralmente revista e por mim _____, elaborada.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

FAX

SERVIÇO: Psiquiatria Piso 4

DATA: 16/06/2011

RESPONSÁVEL: Prof.^a Luísa Figueira

PARA ENTIDADE: Sintra – Juízo de Média Inst. Criminal – 1º Secção – Juiz 1

N.º FAX: 211545157

ASSUNTO: Internamento Compulsivo/ J/11.55T2SNT

Vimos por este solicitar a passagem a tratamento compulsivo ambulatorio de
, conforme declaração em anexo.

Com os melhores cumprimentos

Vanda Carneiro
H.S.M.

Departamento de Neurociências e Saúde Mental
Serviço de Psiquiatria Piso 4

SERVIÇO DE
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Pulido Valente

Serviço de Psiquiatria
Hospital de Stª Maria
(Directora: Profª Luisa Figueira)

**CONSENTIMENTO REFERENTE Á PASSAGEM
A
TRATAMENTO COMPULSIVO AMBULATORIO**

Declaro que aceito as condições fixadas pelo meu psiquiatra assistente no internamento, inerentes ao tratamento compulsivo em ambulatório que me foi proposto.

Nome do doente _____

Assinatura _____

Confirmo que expliquei ao doente a necessidade de ser sujeito a tratamento compulsivo ambulatório.

Nome do médico _____

Assinatura _____

Data 15/06/2011

SERVIÇO DE
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 - Fax: 217 805 810

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

www.chln.pt



Comarca de Lisboa Oeste
Amadora - Inst. Local - Secção Criminal - J1
Av. da Quinta Grande n.º 83 - 2610-158 Amadora
Telef: 211550100 Fax: 211550199 Mail: amadora.judicial@tribunais.org.pt

Proc.Nº T1SNT

86802922

CONCLUSÃO - 28-01-2015

(Termo eletrónico elaborado por Escrivão de Direito Graça Rodrigues Inácio)

=CLS=

Iniciaram-se os presentes autos com o internamento compulsivo de Susana Maria Roque Bravo.

*

Posteriormente veio a internanda aceitar o tratamento.

*

Ouvido o Ministério Público o mesmo promoveu o arquivamento dos autos.

*

A Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98, de 24 de Julho), como decorre do seu artigo 1º, tem como objectivos estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental e regular o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica. Com a sua instituição, visou o legislador resolver alguns dos problemas existentes nesta área, nomeadamente no que concerne à sujeição aos tratamentos de que necessitam por parte dos portadores de anomalia psíquica que representam um perigo para si e para os demais. É este, assim, o fim último do mecanismo do internamento compulsivo.

Para isso consagrou os princípios constitucionais da necessidade, adequação, proporcionalidade e subsidiariedade com o intuito de proteger os direitos fundamentais dos portadores de anomalia psíquica, em especial daqueles que se reportam à esfera da sua liberdade e da autodeterminação.

Por essa razão é que o legislador impôs que, “o internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.” – nº 1, do artigo 8º da Lei nº 36/98, de 24 de Julho.

E, o artigo 12º, nº 1 da mesma lei, relativo aos pressupostos de aplicação da medida de internamento compulsivo, dispõe que:

“ O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado. ”

O internamento fundamenta-se, deste modo, na existência de uma anomalia psíquica e na recusa à sujeição ao tratamento médico adequado.



Comarca de Lisboa Oeste
Amadora - Inst. Local - Secção Criminal - JI
Av. da Quinta Grande n.º 83 - 2610-158 Amadora
Telef: 211550100 Fax: 211550199 Mail: amadora.judicial@tribunais.org.pt

Proc.Nº : T1SNT

Anomalia psíquica é uma expressão abrangente, com tradições no ordenamento jurídico português, densificada pela ciência médica.

Acrescente-se ainda que o perigo para fundamentar a aplicação desta medida não se reduz à potencialidade em abstracto de que um determinado comportamento possa vir a ocorrer, porque se assim fosse poder-se-ia dizer que o mesmo existe sempre. Trata-se de uma potencialidade qualificada, onde a probabilidade da ocorrência de uma determinada conduta tem um conteúdo real, associado intimamente àquele agente em concreto, à sua específica anomalia psíquica e aos dados da ciência médica que relacionam a agressividade aos interesses protegidos com aquele tipo de anomalia.

A recusa de tratamento é outro dos fundamentos do internamento compulsivo. Sempre que haja voluntariedade na submissão ao tratamento médico e não existam dúvidas sobre a autenticidade da mesma, deixa de existir qualquer conflito que legitime a intervenção estadual e o internamento assume a forma de voluntário.

Ora, nos presentes autos verifica-se que a internanda aceita voluntariamente o tratamento, reconhecendo a necessidade do mesmo, o que significa que o internamento compulsivo deixou de se revelar a única forma de garantir a submissão a tratamento da requerida.

Face ao exposto e tendo em atenção as considerações expendidas e as disposições legais citadas, decide-se arquivar os presentes autos.

Sem tributação.

*

Fixa-se em cinco de referência o valor dos honorários devidos ao ilustre defensor oficioso.

*

Notifique.

*

Comunique ao Hospital.

*

Face ao teor do despacho que antecede fica sem efeito a diligencia designada.
D.N.

*

(Processsei e revi).

Amadora, d.s.

Acórdãos TRP**Acórdão do Tribunal da Relação do Porto**

Processo: 2510/10.2TBVNG.P1
Nº Convencional: JTRP000
Relator: LÍGIA FIGUEIREDO
Descritores: INTERNAMENTO COMPULSIVO
TRATAMENTO COMPULSIVO EM REGIME AMBULATÓRIO
CASO JULGADO FORMAL
Nº do Documento: RP201011102510/10.2TBVNG.P1
Data do Acórdão: 10-11-2010
Votação: UNANIMIDADE
Texto Integral: S
Privacidade: 1
Meio Processual: REC PENAL.
Decisão: PROVIDO.
Indicações Eventuais: 1ª SECÇÃO
Área Temática: .
Sumário: I - Apesar da substituição do *internamento de urgência por tratamento compulsivo em regime ambulatorio*, o processo deve prosseguir até final, designadamente com a realização da sessão conjunta prevista pelo art. 19.º, da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho).
II - O despacho que deu sem efeito a data designada para a sessão conjunta e determinou o arquivamento dos autos não faz caso julgado formal.
Reclamações:
Decisão Texto Integral: 1ª secção criminal
Proc. nº2510/10.2TBVNG.P1

Acordam em conferência no Tribunal da Relação do Porto:

I – RELATÓRIO:

Nos autos de internamento compulsivo nº 2510/10.2TBVNG.P1 do 1º juízo criminal do Tribunal Judicial de Vila Nova de Gaia, foi proferida decisão que julgando verificados os pressupostos a que aludem os artºs 22º e 26º da LSM, confirmou a solicitação feita pelo Centro Hospitalar de de confirmação judicial do internamento compulsivo do requerido B..... Após ter sido designado dia para a realização da sessão conjunta a que alude o artº 18º, nº1 da Lei 36/98 de 24 de Julho, o Centro Hospitalar de comunicou a substituição do Internamento compulsivo do requerido por tratamento compulsivo em regime ambulatorio nos termos do artº 33 da Lei 36/86, na sequência do que o Exmº Srº Juiz do processo proferiu em 29/3/2010, despacho nos seguintes termos: “Determino o arquivamento dos autos, sem prejuízo do disposto no artº 33/4 da LSD. Notifique ficando sem efeito a sessão conjunta.” Tendo o Centro Hospitalar de em 6/7/21010 remetido relatório de avaliação clínico psiquátrica de revisão nos termos do artº 35º da Lei 36/86, no qual conclui pela manutenção do requerido no seu actual regime de tratamento compulsivo ambulatorio, pelo Magistrado do Ministério Público foi requerido que se designasse data para a realização da sessão conjunta de prova, na sequência do que a Srª Juiz proferiu a seguinte decisão: (transcrição)
(...)Os presentes autos de confirmação judicial de internamento compulsivo tiveram origem em comunicação efectuada pela autoridade de saúde.
Foi judicialmente confirmado o internamento.
Foi designada data para a sessão conjunta de prova.
Porém, junto que foi relatório médico a determinar a substituição do internamento compulsivo por tratamento ambulatorio compulsivo, com aceitação expressa por parte do internando, foi proferido despacho, a

29/3/10, que determinou o arquivamento dos autos, sem prejuízo do disposto pelo art. 33º, nº 4 da L.S.M. e que deu sem efeito a sessão conjunta de prova agendada - cfr. fls. 52.

Foi junto novo relatório de onde resulta manterem-se inalterados os pressupostos que estiveram na base desse despacho, o internando continua a necessitar e a cumprir o tratamento ambulatorio compulsivo. Vem agora o Ministério Público promover que se designe data para a sessão conjunta de prova.

Ora, considerando que o despacho que deu sem efeito a sessão conjunta de prova e determinou o arquivamento dos autos, sem prejuízo do disposto pelo art. 33º, nº 4 da Lei de Saúde Mental, transitou em julgado, não pode agora o tribunal pôr em causa o que ali foi decidido, porque a tal obsta o princípio do caso julgado.

Por esse motivo se indefere o requerido. Notifique.

*

Inconformado, o Magistrado do Ministério Público interpôs recurso, retirando da respectiva motivação as seguintes conclusões:

(...)¹ - Confirmado o internamento de urgência tem de prosseguir o procedimento para decisão final sobre a necessidade de tratamento compulsivo, mesmo se, entretanto, foi substituído o internamento por tratamento compulsivo ambulatorio, tanto mais que, o tratamento compulsivo ambulatorio pode reverter para internamento (n.º 4 do art, 33.º da LSM).

2 - Só assim se compreende o regime de legal da substituição de internamento por ambulatorio, no tratamento compulsivo, designadamente a disposição do n.º 4 do art. 33º e o retomar do internamento a que esse normativo alude e que pressupõe necessariamente que o Tribunal já tomara decisão final sobre a necessidade de tratamento compulsivo de internamento, entretanto substituído por tratamento compulsivo ambulatorio.

3 - Á, aliás, contraditório, ordenar-se o arquivamento, sem se proferir decisão final sobre a necessidade de tratamento compulsivo, mas admitir-se o retomar do internamento, que pressupõe aquela decisão.

4 _ O arquivamento ordenado tem no contexto do próprio despacho um carácter meramente instrumental e provisório, pois ele próprio admite evolução (para pior) da situação clínica do requerido).

5 - Chegado o momento de obrigatória rever a necessidade de tratamento compulsivo (por decurso do prazo de 2 meses), o Ministério Público promoveu o desencadear do procedimento conducente à decisão sobre essa matéria, com a sessão conjunta de prova.

6 - O que foi indeferido, pelo duto despacho recorrido, com invocação do caso julgado constituído sobre a decisão de arquivamento.

7 - Sem se tomar posição sobre uma situação carecida de decisão judicial e que temos por insustentável no nosso sistema jurídico: sujeição de um cidadão a tratamento compulsivo ambulatorio (que pode reverter para tratamento compulsivo de internamento, nos termos do despacho que se entendeu constituir caso julgado sobre a matéria) sem decisão judicial que incida sobre essa privação (agora parcial e, eventualmente, amanhã total) de liberdade, não obstante o disposto nos n.º s 1 e 2 e al. j) do n.º 3 do art. 27º da Constituição.

8 - Constituindo também o duto despacho recorrido uma recusa em efectuar a revisão obrigatória, com base no caso julgado de um despacho que se escusara de tomar a decisão final sobre a necessidade de tratamento compulsivo.

9 - Colocando o cidadão em causa num limbo jurídico inextrincável e potencialmente perpétuo, sem decisão judicial sobre a necessidade de tratamento compulsivo.

10 - Quando do que se tratava na promoção do Ministério Público indeferida pelo duto despacho recorrido, era da situação actual, completamente alheia à situação que fora anteriormente apreciada (mal a nosso ver) no duto despacho de arquivamento: saber agora, passados 2 meses de tratamento compulsivo, se mantém os pressupostos da necessidade de tratamento compulsivo do cidadão B.....

11 - Com efeito, a revisão obrigatória cria um novo espaço de decisão, num horizonte temporal novo, distintos da decisão final anteriormente (não) tomada sobre essa necessidade em que se vai apreciar se se mantém os pressupostos daquela necessidade, mas à luz do tempo decorrido e dos efeitos do tratamento compulsivo entretanto levado a cabo.

12 - O que significa que o alcance do invocado caso julgado não atinge a situação actual, pois que, como diz a 1ª parte do art. 673.º do CPC, quanto ao alcance do caso julgado, «a sentença constitui caso julgado nos precisos limites e termos em que julga» (realçado agora).

13 - E no despacho de arquivamento estava em causa a apreciação da necessidade, ao tempo da sua prolação, de tratamento compulsivo do cidadão B....., que se iniciara com internamento de urgência, entretanto substituído por tratamento compulsivo em ambulatório.

14 - Agora está em causa, uma revisão obrigatória destinada a apurar se decorrido o prazo de 2 meses fixado por lei, ainda se mostra necessário o tratamento compulsivo.

15 - Pois a lei, ao prever uma revisão obrigatória, não só permite como impõe que o Tribunal reaprecie (aprecie novamente) a manutenção dos pressupostos da submissão a tratamento compulsivo, não obstante o tempo já decorrido de tratamento. Enquanto no despacho de arquivamento estava em causa a prolação (ou não, como se entendeu ali de decisão final sobre a necessidade de tratamento com horizontes limitados aos dois meses um horizonte temporal diverso e distanciado e uma reapreciação com novos parâmetros (o feito do tratamento já decorrido).

16 - Há, pois agora, uma nova situação a exigir, por força da revisão obrigatória imposta por lei, definição: o tratamento compulsivo efectuado nos últimos 2 meses ao cidadão em causa afastou ou não a necessidade de se manter esse tratamento compulsivo (no momento em ambulatório, mas susceptível de reverter a qualquer momento para internamento, por força do n.º 4 do art. 33.º da LSM).

17 - Decisão que o douto despacho recorrido se recusou a tomar, ao recusar, com invocação do caso julgado, os procedimentos que permitem essa necessária decisão.

18 - O douto despacho significa, como se disse, que o Tribunal recorrido aceita, com base em caso julgado da decisão de internamento, que o cidadão B..... possa ficar para todo o sempre privado (parcialmente por agora com o tratamento compulsivo ambulatório, mas eventualmente de farnu taal se se reverter para o internamento) da sua liberdade, sem decisão judicial que reconheça essa necessidade e sem revisão imposta obrigatoriamente por lei.

19 - O que contraria as normas dos art.ºs 27.º, n.1, 33.º, n.º 4,35.º, n.º 2 da LSM e faz deles uma interpretação e aplicação que contraria o princípio constitucional da liberdade pessoal e o direito à liberdade, total ou parcial, consagrada nos n.ºs 1 e 2 do art.º 27.º da Constituição, bem como do teor da excepção consagrada na al. h) do n.º 3 do mesmo artigo (possibilidade de «internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente» _ realçado agora).

Termos em que deve ser concedido provimento ao recurso e ordenar-se a substituição do douto despacho recorrido por outro que defira a promoção do Ministério Público, designando-se dia, urgente, para sessão conjunta de prova, seguindo-se os ulteriores termos, como é de Justiça (...)

O requerido não apresentou resposta.

Nesta instância, o Exmº Procurador-Geral Adjunto após visto nos autos.

*

Foram colhidos os vistos legais e realizou-se a conferência.

*

Constitui jurisprudência corrente dos tribunais superiores que o âmbito do recurso se afere e se delimita pelas conclusões formuladas na

respectiva motivação, sem prejuízo da matéria de conhecimento oficioso. No caso vertente e vistas as conclusões do recurso, são duas as questões a decidir: saber se confirmado o internamento compulsivo de urgência, apesar da substituição do mesmo por tratamento compulsivo em regime ambulatorio, o processo deve prosseguir até final, designadamente para a realização da sessão conjunta de prova nos termos do artº 19º da LSM; saber se o despacho que deu sem efeito a data designada para a sessão de prova conjunta e determinou o arquivamento dos autos fez caso julgado formal.

*

II - FUNDAMENTAÇÃO:

Nos termos do artº 33º nº1 da Lei nº36/98 de 4 de Julho “O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade, sem prejuízo do disposto nos artºs 34º e 35º.”

Da redacção deste preceito resulta claramente que o tratamento em regime ambulatorio compulsivo, pressupõe a possibilidade de sujeição do doente a internamento compulsivo e como tal fica sujeito ao procedimento previsto na Lei da Saúde Mental de ora em diante LSM. Como tal e desde logo por força do referido nº1 do artº 33º da LSM, sujeito às revisões obrigatórias cf. artº 35º da LSM e só cessando “quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem” cf. artº 34º da LSM.

Daí que a passagem do internado a regime ambulatorio, não determine o arquivamento dos autos, antes os mesmos devendo prosseguir os termos normais até à decisão final, designadamente com a realização da sessão conjunta de prova, até porque como resulta do disposto no nº4 do artº 35º da LSM, o internamento compulsivo é retomado sempre que o portador de anomalia psíquica deixe de cumprir as condições estabelecidas mediante comunicação ao tribunal competente.

Na verdade o tratamento compulsivo ambulatorio, mantém ainda o carácter compulsivo, como resulta do próprio artº 33º da LSM, e subsiste enquanto se mantiverem os pressupostos que determinaram o tratamento compulsivo urgente, e dada a sua natureza compulsiva implica sempre uma restrição da liberdade do doente. Realçando-se que tal natureza compulsiva não desaparece, como parece entender a Exmª Sª Juiz no despacho de sustentação, pelo facto de o internado aceitar o tratamento, já que esta aceitação apenas abrange nos termos do artº 33º nº2 as condições fixadas para o tratamento em ambulatorio e não o internamento, a que o processo sempre pode reverter nos termos do preceituado no nº4 daquele artigo.

Este é também o entendimento defendido por António Latas e Fernando Vieira em Notas e comentários à Lei da Saúde Mental, quando aí escrevem em anotação ao artº 20º “(..) temos igualmente por assente que nos casos de que trata o artº 33º o processo não finda, antes prossegue seus termos, o que significa que terão lugar as diligências que obrigatoriamente teriam que preceder o internamento (avaliação clínico-psiquiátrica e sessão conjunta) bem como a decisão final sobre o internamento do doente que permanece em tratamento ambulatorio ao abrigo do artº 33º, pois a possibilidade de continuar a sujeitar o doente a tratamento compulsivo, pressupõe necessariamente a decisão final sobre o internamento, no momento próprio e pelo tribunal competente (artº 27º) conforme resulta inequivocamente da inserção sistemática e do teor do artº 33.” [1]

Neste sentido também se pronunciou o ac. da Relação de Évora de 15 de Maio de 2001, ao decidir que “Enquanto persistirem os pressupostos determinantes do internamento compulsivo de urgência, mas mantendo-se o doente em regime de tratamento ambulatorio, também compulsivo, o processo deve prosseguir até ser proferida a decisão final, não só para acompanhar a evolução daquele tratamento, para efeitos do disposto nos nºs 4 e 5 do artº 33º da Lei 33/98, de 24-7, como para realização das diligências previstas nos artºs 18º e 19º.” [2]

Dos autos resulta de forma inequívoca face ao ofício de fls. 49 que o

requerido se encontra sujeito a tratamento compulsivo ambulatorio, o qual foi mantido após avaliação psiquiátrica de revisão nos termos do artº 35º da Lei 36/98.

Resulta assim face às disposições legais e ensinamentos referidos que não havia de um ponto de vista substantivo, razão para o indeferimento da promoção do MPº que promoveu a realização da sessão conjunta de prova após a revisão obrigatória prevista no artº 35º da Lei 36/98.

Outro entendimento implicaria como salienta o MP que o requerido pudesse ficar limitado na sua liberdade de modo indefinido e sem decisão judicial que reconhecesse a necessidade do tratamento compulsivo.

Mas será que como entendeu a Srª Juiz, a tal obstava o despacho anteriormente proferido que deu sem efeito a sessão conjunta de prova e determinou o arquivamento dos autos, por força do princípio do caso julgado?

Desde já se adianta que a resposta a esta questão terá de ser negativa.

Como é sabido, na ausência de norma que expressamente preveja o caso julgado em processo penal, há que chamar as normas de processo civil por força da remissão do artº 4º do CPP, tendo porém presentes os ensinamentos proferidos no Acórdão de Fixação de Jurisprudência nº2/95 de 16/5/1995- DR nº 135/95, Série I-A, 12/6/95, quando limita a aplicação das normas de processo civil ao princípio da harmonização contido no artº 4º do CPP.

Sob a epígrafe de caso julgado formal disciplina o art.º 672º nº1 do CPC que «as sentenças e os despachos que recaiam unicamente sobre a relação processual têm força obrigatória dentro do processo», porém ficam fora do caso julgado formal, as decisões proferidas no uso legal de um poder discricionário e os despachos de mero expediente, nos termos do artº 679º CPC conforme remissão efectuada pelo nº2 do artº 672º.

O caso julgado formal consiste no ensinamento de Manuel de Andrade, em estar excluída a possibilidade de recurso ordinário não podendo a decisão ser impugnada e alterada por esta via. É a simples preclusão dos recursos ordinários. [3]

Tendo presentes as normas e ensinamentos referidos começemos por analisar a natureza do despacho de arquivamento proferido. Decorre dos seus próprios termos que o arquivamento foi proferido sem prejuízo do disposto no artº 33º nº4 da LSM, isto é sem prejuízo de o internamento ser retomado sempre que o portador de anomalia psíquica deixe de cumprir as condições estabelecidas.

Tal condicionalismo, afasta desde logo qualquer carácter definitivo e preclusivo do despacho proferido, já que a qualquer momento ele perderia o seu efeito. Mas a verdade é que o despacho em causa nunca chegou a produzir efeitos como resulta dos autos, já que ele não teve a virtude de fazer cessar o processo, que prosseguiu designadamente para a fase de revisão obrigatória prevista no artº 35º da LSM.

Foi perante este novo evento processual, a que aquele despacho não obstou, que foi formulada a promoção de prosseguimento dos autos para a realização da sessão de prova conjunta, o que nos coloca fora do alcance dos efeitos processuais do primeiro despacho de arquivamento, que não tinha em si a possibilidade de impedir a realização da revisão obrigatória, face à realidade incontornável de que o tratamento prosseguia agora na forma de tratamento compulsivo em regime ambulatorio.

Tanto bastaria para concluirmos que nenhum efeito de caso julgado formal se podia retirar daquela decisão de arquivamento condicional.

Mas para além disso, a forma genérica como o arquivamento foi determinado, sem ter procedido à apreciação de qualquer concreta questão, também afastaria só por si o caso julgado formal, já que subjacente ao caso julgado está sempre uma decisão de apreciação que in casu não existiu, tratando-se apenas de uma ordem de orientação sobre os termos do andamento do processo.

O que ficou dito sobre o despacho na parte que determinou o arquivamento aplica-se por maioria de razão à parte em que se deu sem

efeito a sessão conjunta de prova, enquanto mera consequência daquele, incluindo-se o poder ordenativo das diligências no âmbito dos despachos de mero expediente.

Conclui-se assim, que o despacho que se limita a ordenar o arquivamento dos autos sem ter subjacente a decisão sobre qualquer questão, não fica sujeito ao princípio da preclusão, não tendo valor de caso julgado formal, tanto mais, quando esse despacho, como é o caso dos autos, tinha já uma natureza condicional.

Pelo exposto, assente que a substituição do internamento compulsivo por tratamento compulsivo ambulatorio nos termos do artº 35º da LSM, não determina o arquivamento dos autos, e que o despacho de arquivamento proferido não teve o efeito de caso julgado formal, haverá que determinar o prosseguimento do processo.

Procede pois o recurso.

*

*

III – DISPOSITIVO:

Nos termos apontados, acordam os juizes desta Relação em conceder provimento ao recurso e consequentemente revogar a decisão recorrida que deverá ser substituída por outra, que na persistência dos pressupostos determinantes do internamento compulsivo de urgência, determine o prosseguimento do processo, inclusive para efeitos da efectivação da sessão conjunta de prova.

Sem tributação

Elaborado e revisto pela relatora

*

*

Porto, 10/11/2010

Ligia Ferreira Sarmento Figueiredo

José Manuel da Silva Castela Rio

[1] António João Latas Fernando Vieira, Notas e Comentários à Lei de Saúde Mental, Centro de Estudos Judiciários, pág. 136, 137, Coimbra Editora 2004.

[2] In Colectânea de Jurisprudência Ano XXVI – 2001 tomo III, pág.283.

[3] Manuel A. Domingues de Andrade, Noções Elementares de Processo Civil, pág. 304, Coimbra Editora, Limitada 1979.

Acórdãos TRP

Processo: 0514697
Nº Convencional: JTRP00038632
Relator: ÉLIA SÃO PEDRO
Descritores: INTERNAMENTO
Nº do Documento: RP200512210514697
Data do Acórdão: 21-12-2005
Votação: UNANIMIDADE
Texto Integral: S
Privacidade: 1
Meio Processual: REC. PENAL.
Decisão: PROVIDO.
Área Temática: .
Sumário:

Acórdão do Tribunal da Relação do Porto

Reclamações:

Decisão Texto Integral:

Acordam na 1ª Secção Criminal do Tribunal da Relação do Porto

1. Relatório

O MINISTÉRIO PÚBLICO, inconformado com o despacho (proferido no processo n.º .../05.7TBRT) que rejeitou liminarmente o seu requerimento inicial, onde peticionava o internamento compulsivo de B....., recorreu para esta Relação, concluindo, em síntese:

a) A Lei 2036, de 9 de Agosto de 1949, constitui o fundamento legal que permite internar compulsivamente quem, padecendo de tuberculose, recusa o tratamento e, desse modo, cria uma situação de perigo para a saúde pública;

b) A Lei 2036, de 9 de Agosto de 1949, não é materialmente inconstitucional;

c) O procedimento a adoptar não deve, contudo, ser o previsto na Lei n.º 2036, de 9 de Agosto de 1949, o qual é supervenientemente inconstitucional, mas sim o que resulta da aplicação analógica da parte procedimental consagrada no Dec. Lei 547/76, de 10 de Julho (relativo à Doença de Hansen) e na Lei 36/98, de 24 de Julho (Lei de Saúde Mental).

Nesta Relação, o Ex.º Procurador-geral Adjunto foi de parecer que o recurso merece provimento.

Por despacho da Relatora, foi ordenada a baixa do processo à 1ª instância, a fim de aí ser nomeado defensor oficioso ao requerido e cumprido o disposto no art. 411º,5 CPP.

Notificado da interposição do recurso, o requerido defendeu a manutenção do despacho recorrido.

O Ex.º Procurador-geral Adjunto manteve a posição assumida no parecer já emitido.

Deu-se cumprimento ao disposto no art. 417º, 2 do Cód. Proc. Penal.

Colhidos os vistos legais, foi o processo submetido à conferência.

2. Fundamentação2.1. Matéria de facto

O despacho recorrido baseou-se na seguinte matéria de facto, alegada oportunamente pelo M.P, no requerimento onde formulara a pretensão de Internamento Compulsivo de B.....:

a) O requerido é seguido desde Dezembro de 1996 no Serviço de Doenças Infecto-Contagiosas, por se encontrar infectado pelo vírus VIH-1 e VHC;

- b) Em Maio/03 foi-lhe diagnosticada tuberculose pulmonar activa e ganglionar;
- c) Em 9-10-03, o requerido efectuou análises à expectoração, as quais revelaram ser portador de “Micobacterium Tuberculose Complex”;
- d) Em 4-06-03, o requerido foi orientado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) para tratamento da tuberculose pulmonar, tendo nesse dia iniciado a medicação, a qual só fez por 5 dias, após o que recusou continuar a terapêutica;
- e) Em 18/9/03, o requerido reiniciou o tratamento, tendo retomado a medicação de forma regular pelo menos até 20-10-03, altura em que foi novamente observado no CDP;
- f) À consulta marcada para 12-11-03, o requerido não compareceu, tendo abandonado, a partir de então e de forma definitiva, o tratamento anti-bacilar;
- g) O requerido abandonou o tratamento da doença em fase muito precoce, em situação de eliminação de bacilos da tuberculose;
- h) O requerido oferece perigo de contágio de terceiros, já que a doença é transmissível por via aérea;
- i) O requerido está a criar condições para tornar o bacilo da tuberculose resistente à medicação disponível;
- j) A tuberculose pulmonar é uma doença de elevado potencial de infecciosidade;
- k) O tratamento só se mostra viável se for efectuado em condições de internamento hospitalar, atenta a recusa sistemática do requerido em se sujeitar ao necessário tratamento.

2.2. Matéria de Direito

O despacho recorrido indeferiu liminarmente a pretensão formulada pelo M.P, por entender no essencial que o nosso ordenamento jurídico não contempla expressamente a possibilidade de internamento compulsivo, sendo inadmissível o recurso à analogia. “Apesar de a Convenção Europeia dos Direitos do Homem (argumenta o despacho recorrido) no seu art. 5º, n.º 1, al. e) prever a restrição do direito à liberdade com fundamento na necessidade de preservar a saúde pública, nomeadamente perante doenças contagiosas, o legislador constitucional português não adoptou aquela restrição, pelo que não é legalmente possível a condução daquele doente “susceptível de propagar doença contagiosa” a um estabelecimento hospitalar, a retenção do mesmo nesse estabelecimento e a imposição do tratamento que seja necessário. Estamos, pois, perante uma lacuna legal que, em nosso entender, não pode ser integrada com o recurso à analogia” – cfr. fls. 32.

O M.P insurge-se contra este entendimento, invocando para tanto o Acórdão desta Relação, de 6 de Fevereiro de 2002, Colectânea de Jurisprudência, 2002, T I, pág. 232/233, a anotação de ANDRÉ PEREIRA a esse mesmo Acórdão, in “Lex Medicinæ”, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Ano I, n.º 1, 2004, pág. 135 e seguintes. O referido Acórdão foi ainda publicado na Revista Maia Jurídica, Ano II. N.º1, Janeiro-Julho 2004, pág. 179 e seguintes e mereceu anotação concordante de SÓNIA FIDALGO, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Ano I, n.º 2, pág. 87 e seguintes.

Dado estarmos perante um caso idêntico ao reportado no citado Acórdão desta Relação, de 6 de Fevereiro de 2002 e porque concordarmos inteiramente com a análise aí feita, a qual foi bem recebida na comunidade jurídica, como decorre da publicidade e anotações concordantes de que foi objecto, limitar-nos-emos a transcrever os respectivos fundamentos.

“(…) A questão que se coloca cinge-se a saber se há fundamento legal para o internamento compulsivo de quem, padecendo de tuberculose pulmonar, recusa tratar-se e deambula pelas vias públicas, podendo assim afectar outras pessoas.

Antecipando, diremos que se crê que a resposta não pode deixar de ser afirmativa.

Debatem-se aqui dois interesses que se dirão opostos, ambos constitucionalmente protegidos: por um lado, o direito do requerido à liberdade (art.º 27º, n.º 1, da Constituição), pelo outro, o direito dos cidadãos em geral à protecção da sua saúde, direito este a que, em complemento, corresponde o dever de todos de a defender e promover (art.º 64º, n.º 1).

Mas, é patente que o direito dos cidadãos à liberdade não é absoluto, como se alcança logo do n.º 2 desse art.º 27, onde se dispõe que “ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória... ou de aplicação judicial de medida de segurança” (sublinhado nosso).

Assim, à luz do diploma fundamental, uma das situações de lícita privação da liberdade é precisamente a que se traduz na aplicação, por decisão judicial, de uma medida de segurança, assim, de uma medida que, à partida, é dirigida a proteger a sociedade contra a perigosidade do indivíduo a quem é aplicada, mas que, do mesmo passo, também não perde de vista a protecção do próprio indivíduo.

E, com o Exmº Procurador-Geral Adjunto, também pensamos que essas medidas de segurança não serão apenas medidas de natureza penal, isto é, que tenham na sua base uma perigosidade justificada num crime, abarcando ainda as medidas que visem prevenir outras situações de perigosidade que não tenham essa etiologia, como logo se intui do n.º 3 do preceito - que, excepcionando ao princípio definido no n.º 2, prevê situações de possível limitação da liberdade sem prévia decisão judicial -, ao incluir na al. h) o “internamento de portador de anomalia psíquica”; situação em que a perigosidade, justificativa do internamento, decorre da anomalia psíquica em si mesma, não tendo, necessariamente, como suporte o cometimento pelo agente de um facto “objectivamente criminoso”.

Similarmente, também quanto à tuberculose ou quanto à doença de Hansen (lepra), não se trata de situações de perigosidade fundada em crime (ou em facto objectivamente criminoso), mas de perigosidade decorrente da própria natureza dessas doenças que, pela sua reconhecida gravidade e sendo altamente contagiosas, justificam, por si sós, a aplicação de medidas de defesa da sociedade (e também do próprio doente), que o mesmo é dizer, medidas de segurança de natureza não criminal, designadamente a de internamento para tratamento do portador de tais doenças. Nos exactos termos consentidos pelo supra aludido n.º 2 do artº 27º da Constituição que, assim, a nosso ver, não é obstáculo ao pretendido internamento do requerido.

Ancorada assim a questão na lei fundamental, vejamos a lei ordinária.

Liminarmente, dir-se-á que, não tendo essas medidas natureza penal, se crê correcto o entendimento do Ex.º Procurador-Geral Adjunto, recusando o obstáculo da proibição da analogia que o n.º 3 do art.º 1º do C. Penal estabelece e a que, como vimos, o despacho recorrido se arrimou para justificar a decisão aí acolhida.

Porém, essa via apenas será de seguir se não houver lei directamente aplicável.

O que não será o caso, pois se tem como certo que não pode deixar de relevar aqui a Lei n.º 2.036, de 9/8/1949 - Lei de Bases da Luta contra as Doenças Contagiosas -, cuja Base I logo enquadra a tuberculose e a lepra nessa categoria das “doenças contagiosas”; e com tal relevo as considerou o legislador - certamente, pela difusão que então haviam alcançado e facilidade da sua propagação, a exigir específicas medidas de combate - que houve por bem remeter para diplomas

especiais a regulamentação dessa luta.

Mas isso não significa que aquela Lei, como lei-quadro da luta contra as doenças contagiosas, não lhes seja desde logo aplicável e deva de ser ignorada.

Ora, dispondo em termos genéricos para as doenças contagiosas, englobando, pois, a tuberculose, a Base III, onde se definem as competências da Direcção-Geral de Saúde, estabelece, na al. d), que compete àquela entidade “determinar o internamento, que será obrigatório, dos doentes contagiosos sempre que haja grave perigo de contágio ...”, prosseguindo no nº 1 da Base V que “os indivíduos afectados ou suspeitos de doença contagiosa serão objecto de vigilância sanitária e submetidos, conforme os casos, a um dos regimes seguintes: a) Observação e tratamento ambulatorio ou domiciliário; b) Internamento em estabelecimento adequado” e reiterando, no nº 3, a obrigatoriedade de internamento dos doentes e suspeitos que, oferecendo perigo imediato e grave de contágio, não possam ser tratados na residência ou os que recusem iniciar ou prosseguir o tratamento.

Na mesma linha e já no domínio do actual quadro constitucional, se posicionou a Lei nº 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde -, em cuja Base XIX, sob a epígrafe “Autoridades de Saúde”, se dispõe no nº 3 que “cabe ainda especialmente às autoridades de saúde: ... c) Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública”.

Ora, não oferecendo dúvida que os que sofrem de tuberculose, doença altamente contagiosa, e recusam tratamento se colocam em situação de prejudicar a saúde pública, aliás gravemente, dada a exponencial propagação da doença que propiciam, pensa-se, em conclusão, que a legislação apontada confere base bastante para que, a uma situação como a que a petição desenha, se possa fazer corresponder a pedida medida de segurança de internamento compulsivo.

Deste modo, resta apenas o aspecto formal do procedimento a seguir, sendo seguro que, nesse particular, a Lei nº 2.036 não pode valer, por isso que atribuía à Direcção-Geral de Saúde a competência para determinar o internamento compulsivo, o que, significando necessariamente uma privação da liberdade, colidiria com a Constituição que, como se viu, ressalvadas as situações excepcionais nela consignadas, só por decisão judicial admite a possibilidade de limitação desse direito fundamental; competência que, de resto, a também acima referida Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90) claramente rejeitou - como não podia deixar de ser -, apenas conferindo às autoridades de saúde o poder/dever de, de acordo com a Constituição e a lei, desencadear esse internamento e já não o poder de o determinar.

Mas, como também se julga seguro, exigindo-se uma decisão judicial e estando em causa o interesse público da preservação e defesa da saúde pública, cabe naturalmente nos poderes do Ministério Público promover o necessário para atingir tal fim, nada obstando a que, para tanto, no desenho do iter a seguir e dos limites em que a medida se deva confinar, se lance mão das normas pertinentes do Dec. Lei nº 547/76, de 10 de Julho, relativo à Doença de Hansen (lepra) ou da Lei nº 36/98, de 24 de Julho (Lei de Saúde Mental) (...).

É esta a doutrina que aqui se reitera, devendo, pelos motivos expostos, conceder-se provimento ao recurso.

3. Decisão

Face ao exposto, os juízes da 1ª Secção Criminal do Tribunal da Relação do Porto acordam em conceder provimento ao recurso e, consequentemente, revogar o despacho recorrido que deverá ser substituído por outro, acolhendo o requerimento do M P.

Sem custas.

Porto, 21 de Dezembro de 2005
Èlia Costa de Mendonça São Pedro

António Augusto de Carvalho
António Guerra Banha

Acórdãos TRP**Acórdão do Tribunal da Relação do Porto**

Processo: 0110232
Nº Convencional: JTRP00033417
Relator: MARQUES SALGUEIRO
Descritores: DOENÇA
DOENÇA GRAVE
SAÚDE PÚBLICA
PERIGOSIDADE
MEDIDA DE SEGURANÇA
INTERNAMENTO HOSPITALAR
COMPETÊNCIA DOS TRIBUNAIS DE INSTÂNCIA

Nº do Documento: RP200202060110232
Data do Acórdão: 06-02-2002
Votação: UNANIMIDADE
Tribunal Recorrido: 2 J CR GUIMARÃES
Processo no Tribunal Recorrido: 635/00
Data Dec. Recorrida: 14-07-2000
Texto Integral: S
Privacidade: 1
Meio Processual: REC PENAL.
Decisão: PROVIDO. REVOGADA A DECISÃO.
Área Temática: DIR CRIM - TEORIA GERAL.
Legislação Nacional: CP95 ART1 N3.
L 36/98 DE 1998/07/24.
CONST97 ART27 N1 N2 N3 ART64 N1.
L 2036 DE 1949/08/09 BI BIII D BV N1 N3.
L 48/90 DE 1990/08/24 BXIX N3.

Sumário: Impõe-se o internamento compulsivo, da competência do juiz e não da autoridade administrativa, do doente que sofre de tuberculose pulmonar e se recusa a tratar-se, havendo perigo de contagiar terceiros, conviventes directos, e risco iminente para a saúde pública. Trata-se de uma situação de perigosidade decorrente não de um facto objectivamente criminoso mas da própria natureza da doença que, pela sua reconhecida gravidade e sendo altamente contagiosa, justifica, por si só, a aplicação de medidas de defesa da sociedade (e também do próprio doente).

Reclamações:
Decisão Texto Integral:

Acordam na Relação do Porto:

No Tribunal Judicial da comarca de....., o Ministério Público instaurou contra TOMÁS....., melhor identificado nos autos, acção para aplicação ao requerido de medida de segurança de internamento compulsivo, alegando essencialmente que o requerido sofre de tuberculose pulmonar e se recusa a tratar-se, havendo assim perigo concreto de contagiar terceiros, conviventes directos, e risco iminente para a saúde pública, dado o elevado potencial de infecciosidade da doença em causa. Fundou essa pretensão no disposto nas Bases I, nº 2, III-d, V e VI da Lei nº 2036, de 9/8/1949, no artº 5º, nº 2, al. d), da Lei nº 336/93, de 29 de Setembro, no Dec.Lei nº 547/76, de 10 de Julho, e nos artº 6º, 7º, 8º, 9º, 12º e 13º e segs. da Lei nº 36/98, de 24 de Julho, 8º, nº 1 a 3, e 10º, nº 1 e 2, do C.Civil, 1º e 3º, al. e) e g), da Lei nº 60/98, de 27 de Agosto, 34º do C.Penal, 27º, nº 1, 2 e 3, al. h), 29º, nº 3, e 30º, nº 1 e 2, da Constituição da República Portuguesa.

Distribuído o processo ao -º Juízo Criminal, o Mmº Juiz foi esse requerimento liminarmente indeferido, porque a Lei de Saúde Mental - Lei nº 36/98 -, que prevê o internamento de portadores de anomalia psíquica, sendo uma lei especial, não pode, nos termos do nº 3 do artº 1º do C. Penal, ser aplicada por analogia à situação em apreço, sendo que, de resto, uma tal medida de internamento seria restritiva dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos que só por lei anterior podem ser limitados.

A par disto, as medidas de segurança previstas no Código Penal são apenas aplicáveis aos casos aí expressamente previstos, de perigosidade criminal, não abarcando a situação concreta que ora se coloca e que é caracterizada por uma

mera perigosidade social.

Inconformado com esta decisão, interpôs recurso o Exmº Procurador Adjunto, traduzindo nas numerosas conclusões que alinha a seguinte ordem de argumentos:

- A decisão impugnada apenas argumenta com a impossibilidade de recurso pela analogia à Lei da Saúde Mental - Lei nº 36/98, de 24 de Julho -, não se pronunciando quanto à aplicação por analogia do Dec.Lei nº 547/76, de 10 de Julho, que, quanto à doença de Hansen, contempla caso paralelo;
- Não atendeu também ao disposto no nº 2 da Base I, Base III, al. d), e Bases V, VI e VII da Lei nº 2036, de 9/8/1949 - Lei genérica da luta contra as doenças contagiosas -, lei não revogada, nem declarada inconstitucional;
- O artº 27º, nº 2, da Constituição da República Portuguesa permite a aplicação judicial de medida de segurança privativa da liberdade.

Assim:

- Das bases citadas daquela Lei nº 2036 decorre a obrigatoriedade de internamento dos doentes e suspeitos que ofereçam perigo imediato e grave de contágio e não possam ser tratados na sua residência ou recusem iniciar ou prosseguir o tratamento ou a abster-se da prática de actos de que possa resultar a transmissão da doença, atribuindo à Direcção-Geral de Saúde a competência para determinar esse internamento;

- E, embora o nº 2 da Base I preveja que a luta contra a tuberculose será regulada por diploma especial, os diplomas depois publicados nada prevêem quanto a internamentos compulsivos, pelo que se lhes continuou a aplicar a Lei nº 2036;

- Porém, já quanto à lepra, o Dec.Lei nº 547/76 prevê o internamento compulsivo determinado pelo juiz a requerimento do Mº Pº ou da autoridade de saúde, pelo tempo necessário à resolução da situação, diploma que, publicado já na vigência da Constituição da República, inculca que o legislador acolheu um conceito de medida de segurança, no âmbito do artº 27º da Constituição, que abrange as medidas de polícia sanitária em casos de perigo para a saúde pública, independentemente da prática de qualquer infracção criminal por parte da pessoa a ser sujeita à medida a aplicar pelo tribunal;

- Tal como sucede com o internamento de doentes mentais, não é hoje possível que o internamento compulsivo seja determinado pela autoridade administrativa, devendo ser decretado pelo Tribunal, nos termos do artº 27º da Constituição, seja qual for a doença infecciosa que o fundamente.

- A protecção penal decorrente do artº 283º do C.Penal não é suficiente nestes casos para prevenir o dano, pois que a prova da propagação da doença torna-se difícil (as pessoas infectadas só passado algum tempo tomam conhecimento do contágio e desconhecem a sua origem) e a aplicação da norma, no âmbito da tentativa, pressupondo o dolo, torna-se de eficácia muito problemática.

- O internamento proposto não tem natureza administrativa, antes sendo uma medida de segurança fundada em decisão judicial com base legal, contemplada, ainda que não na totalidade, na Lei nº 2036, sendo necessário o recurso à analogia para complementar a omissão legislativa em presença, aplicando-se aqui analogicamente os artº 6º, 7º, 8º 9º, 12º e 13º e segs. da Lei nº 36/98, por força dos artº 8º, nº 1 a 3, e 10º, nº 1 e 2, do C.Civil, ou o artº 5º, nº 3, do Dec.Lei nº 547/76, que possibilita ao Mº Pº ou à autoridade de saúde requerer ao juiz o internamento compulsivo em estabelecimento hospitalar dos portadores da doença de Hansen (lepra) que, por negligência ou recusa, não cumpram as prescrições terapêuticas ou as indicações necessárias para a defesa da saúde pública.

Respondeu o requerido, contrariando a argumentação explanada no recurso e concluindo pela confirmação do decidido.

Nesta Relação, o Exmº Procurador-Geral Adjunto, em douto parecer, pronuncia-se pelo provimento do recurso, essencialmente sustentando ser aplicável a Lei nº 2.036 que prevê a imposição do internamento aos doentes contagiosos, sempre que haja grave perigo de contágio e não seja possível o tratamento ambulatorio ou domiciliário, ainda que, por imperativo constitucional, a competência para determinar esse internamento não possa agora caber às autoridades administrativas, mas ao juiz.

O requerido não respondeu.

Cumpridos os vistos, cabe decidir.

*

A questão que se coloca cinge-se a saber se há fundamento legal para o internamento compulsivo de quem, padecendo de tuberculose pulmonar, recusa tratar-se e deambula pelas vias públicas, podendo assim afectar outras pessoas. Antecipando, diremos que se crê que a resposta não pode deixar de ser afirmativa. Debatem-se aqui dois interesses que se dirão opostos, ambos constitucionalmente protegidos: por um lado, o direito do requerido à liberdade (artº 27º, nº 1, da Constituição), pelo outro, o direito dos cidadãos em geral à protecção da sua saúde, direito este a que, em complemento, corresponde o dever de todos de a defender e promover (artº 64º, nº 1).

Mas, é patente que o direito dos cidadãos à liberdade não é absoluto, como se alcança logo do nº 2 desse artº 27, onde se dispõe que “ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória ... ou de aplicação judicial de medida de segurança” (sublinhado nosso).

Assim, à luz do diploma fundamental, uma das situações de lícita privação da liberdade é precisamente a que se traduz na aplicação, por decisão judicial, de uma medida de segurança, assim, de uma medida que, à partida, é dirigida a proteger a sociedade contra a perigosidade do indivíduo a quem é aplicada, mas que, do mesmo passo, também não perde de vista a protecção do próprio indivíduo.

E, com o Exmº Procurador-Geral Adjunto, também pensamos que essas medidas de segurança não serão apenas medidas de natureza penal, isto é, que tenham na sua base uma perigosidade justificada num crime, abarcando ainda as medidas que visem prevenir outras situações de perigosidade que não tenham essa etiologia, como logo se intui do nº 3 do preceito - que, excepcionando ao princípio definido no nº 2, prevê situações de possível limitação da liberdade sem prévia decisão judicial -, ao incluir na al. h) o “internamento de portador de anomalia psíquica”; situação em que a perigosidade, justificativa do internamento, decorre da anomalia psíquica em si mesma, não tendo, necessariamente, como suporte o cometimento pelo agente de um facto “objectivamente criminoso”.

Similarmente, também quanto à tuberculose ou quanto à doença de Hansen (lepra), não se trata de situações de perigosidade fundada em crime (ou em facto objectivamente criminoso), mas de perigosidade decorrente da própria natureza dessas doenças que, pela sua reconhecida gravidade e sendo altamente contagiosas, justificam, por si sós, a aplicação de medidas de defesa da sociedade (e também do próprio doente), que o mesmo é dizer, medidas de segurança de natureza não criminal, designadamente a de internamento para tratamento do portador de tais doenças. Nos exactos termos consentidos pelo supra aludido nº 2 do artº 27º da Constituição que, assim, a nosso ver, não é obstáculo ao pretendido internamento do requerido.

//

Ancorada assim a questão na lei fundamental, vejamos a lei ordinária.

Liminarmente, dir-se-á que, não tendo essas medidas natureza penal, se crê correcto o entendimento do Exmº Procurador-Geral Adjunto, recusando o obstáculo da proibição da analogia que o nº 3 do artº 1º do C. Penal estabelece e a que, como vimos, o despacho recorrido se arrimou para justificar a decisão aí acolhida.

Porém, essa via apenas será de seguir se não houver lei directamente aplicável.

O que não será o caso, pois se tem como certo que não pode deixar de relevar aqui a Lei nº 2.036, de 9/8/1949 - Lei de Bases da Luta contra as Doenças Contagiosas -, cuja Base I logo enquadra a tuberculose e a lepra nessa categoria das “doenças contagiosas”; e com tal relevo as considerou o legislador - certamente, pela difusão que então haviam alcançado e facilidade da sua propagação, a exigir específicas medidas de combate - que houve por bem remeter para diplomas especiais a regulamentação dessa luta.

Mas isso não significa que aquela Lei, como lei-quadro da luta contra as doenças contagiosas, não lhes seja desde logo aplicável e deva de ser ignorada.

Ora, dispondo em termos genéricos para as doenças contagiosas, englobando, pois, a tuberculose, a Base III, onde se definem as competências da Direcção-Geral de Saúde, estabelece, na al. d), que compete àquela entidade “determinar o internamento, que será obrigatório, dos doentes contagiosos sempre que haja grave perigo de contágio ...”, prosseguindo no nº 1 da Base V que “os indivíduos afectados ou suspeitos de doença contagiosa serão objecto de vigilância sanitária e

submetidos, conforme os casos, a um dos regimes seguintes: a) Observação e tratamento ambulatorio ou domiciliário; b) Internamento em estabelecimento adequado” e reiterando, no nº 3, a obrigatoriedade de internamento dos doentes e suspeitos que, oferecendo perigo imediato e grave de contágio, não possam ser tratados na residência ou os que recusem iniciar ou prosseguir o tratamento.

Na mesma linha e já no domínio do actual quadro constitucional, se posicionou a Lei nº 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde -, em cuja Base XIX, sob a epígrafe “Autoridades de Saúde”, se dispõe no nº 3 que “cabe ainda especialmente às autoridades de saúde: ... c) Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública”.

Ora, não oferecendo dúvida que os que sofrem de tuberculose, doença altamente contagiosa, e recusam tratamento se colocam em situação de prejudicar a saúde pública, aliás gravemente, dada a exponencial propagação da doença que propiciam, pensa-se, em conclusão, que a legislação apontada confere base bastante para que, a uma situação como a que a petição desenha, se possa fazer corresponder a pedida medida de segurança de internamento compulsivo.

Deste modo, resta apenas o aspecto formal do procedimento a seguir, sendo seguro que, nesse particular, a Lei nº 2.036 não pode valer, por isso que atribuía à Direcção-Geral de Saúde a competência para determinar o internamento compulsivo, o que, significando necessariamente uma privação da liberdade, colidiria com a Constituição que, como se viu, ressalvadas as situações excepcionais nela consignadas, só por decisão judicial admite a possibilidade de limitação desse direito fundamental; competência que, de resto, a também acima referida Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90) claramente rejeitou - como não podia deixar de ser -, apenas conferindo às autoridades de saúde o poder/dever de, de acordo com a Constituição e a lei, desencadear esse internamento e já não o poder de o determinar.

Mas, como também se julga seguro, exigindo-se uma decisão judicial e estando em causa o interesse público da preservação e defesa da saúde pública, cabe naturalmente nos poderes do Ministério Público promover o necessário para atingir tal fim, nada obstando a que, para tanto, no desenho do iter a seguir e dos limites em que a medida se deva confinar, se lance mão das normas pertinentes do Dec.Lei nº 547/76, de 10 de Julho, relativo à Doença de Hansen (lepra) ou da Lei nº 36/98, de 24 de Julho (Lei de Saúde Mental).

Porque assim, o recurso merece provimento.

*

Nesta conformidade, acorda-se em conceder provimento ao recurso do Mº Pº, pelo que se revoga o despacho recorrido que deverá ser substituído por outro que, acolhendo o requerimento do Mº Pº, faça prosseguir o processo como no caso couber.

Sem tributação.

Porto, 06 de Fevereiro de 2002

José Henriques Marques Salgueiro

António Joaquim da Costa Mortágua

Manuel Joaquim Braz